

ENCUESTA CONDICIONES DE VIDA – SEXTA RONDA – 2013 - 2014

A. UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y MUESTRAL

1. REGIÓN	SIERRA		4. PROVINCIA	
	COSTA		5. CANTÓN	
	AMAZONIA		6. CABECERA CANTONAL O PARROQUIAL	
	INSULAR		7. ZONA	
2. ÁREA	URBANO		8. SECTOR	
	RURAL		9. SECUENCIAL DE LA VIVIENDA	
3. DIRECCIONES ZONALES	DIZ1N		10. HOGAR	
	DIZ3C		11. No. DE HOGARES	
	DIZ5L		12. PERIODO FASE	
	DIZ6S		13. DOMINIO	
			14. ESTRATO	

B. IDENTIFICACIÓN Y UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

MANZANA EDIFICIO

CALLE: _____ LOCALIDAD: _____

LOTE No. _____ BLOQUE No. _____ PATIO No. _____

PISO No. _____ CASA No. _____ DPTO. No. _____

TELÉFONO CONVENCIONAL No. _____ CELULAR No. _____

C. DATOS DEL INFORMANTE

NOMBRE DEL JEFE/A DE HOGAR: _____

NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR:

Fecha de la Encuesta (dd/mm/aaaa)

Inicio:

Fin:

D. ENCUESTA EFECTIVA

FORMULARIO DE

Fué efectiva la encuesta en la vivienda original ?

SI..... 1 → VIVIENDA ORIGINAL

NO..... 2 →

VIVIENDA ORIGINAL

Reemplazo No. 1

Reemplazo No. 2

Reemplazo No. 3

Reemplazo No. 4

E. RESULTADO Y SEGUIMIENTO DE LA ENCUESTA

RESULTADO DE LA ENCUESTA	VO	REEMPLAZOS			
		1er.	2do.	3er.	4to.
1. Completa (Efectiva)					
2. Rechazo					
3. Nadie en casa					
4. Vivienda temporal					
5. Vivienda desocupada					
6. Vivienda en construcción					
7. Vivienda inhabitable o destruida					
8. Vivienda convertida en negocio					
9. Otra razón, cuál? _____					

F. PERSONAL RESPONSABLE

CÓDIGO

Responsable Zonal: _____

Supervisor (a): _____

Encuestador (a): _____

Codificador-Digitador (a): _____

G. DIGITACIÓN

Archivo 1R	Archivo 2R
Fecha: Día Mes Año	Fecha: Día Mes Año

PRIMERA RONDA

SECCIONES

1 A 10 (A – I)

CONTROL DE LAS ENTREVISTAS 1

1. PRIMERA RONDA DE LA ENCUESTA

SIGLAS

VN: Visita normal
VC: Visita complementaria
R: Reentrevista

NOMBRE DEL ENCUESTADOR :

VISITA	FECHA			VISITA			TIEMPO		PENDIENTE	FECHA NUEVA CITA			FECHA ENTREGA AL SUPERVISOR		
	MES	DÍA	HOR	VN	VC	R	HORA INICIAL	HORA FINAL	Qué secciones o personas faltan por diligenciar?	Mes	Día	Hora	Mes	Día	Hora
1	2			3			4		5	6			7		
1a.															
2a.															
3a.															
4a.															
5a.															

4. GEOREFERENCIACIÓN

Latitud ⁰ ' , " 1.N 2.S

Longitud ⁰ ' , " 3.E 4.W

Altitud msnm

NOMBRE DEL SUPERVISOR :

A. CHEQUEO DEL FORMULARIO

No. de visitas del Encuestador	FECHA RECIBO			FECHA REVISIÓN FORMULARIO			RESULTADO			Razones de Aceptación Parcial (AP) y de No Aceptación (NA)	FECHA DEVOLUCIÓN AL ENCUESTADOR		
	MES	DÍA	HOR	MES	DÍA	HOR	AT	AP → 5	NA → 5	SIGLAS: AT: Aceptación Total AP: Aceptación Parcial NA: No Aceptado	Mes	Día	Hora
1	2			3			4			5	6		
1a.													
2a.													
3a.													
4a.													
5a.													

CITA PARA LA SEGUNDA RONDA

Fecha: Mes Día Hora

Persona: _____

Parentesco con el Jefe: _____

Código de persona:

B. ENTREVISTAS DEL SUPERVISOR

No. de visita	FECHA ENTREVISTA			RAZÓN DE LA ENTREVISTA		RESULTADOS	ACCIONES
	MES	DÍA	HOR	Aplicación S1	OTRA RAZÓN, CUÁL?		
1	2			3		4	5
1a.							
2a.							
3a.							
4a.							

C. ENTREVISTAS DEL COORDINADOR

No. de visita	FECHA RECIBO			RAZÓN DE LA ENTREVISTA		RESULTADOS	ACCIONES
	MES	DÍA	HOR	Aplicación S2	OTRA RAZÓN, CUÁL?		
1	2			3		4	5
1a.							
2a.							
3a.							
4a.							

Para el correcto diligenciamiento de esta sección favor consultar las instrucciones correspondientes en el manual del supervisor

SECCIÓN 1. DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR

PARTE A - CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS -

1. Registre el número de HOGARES que residen habitualmente en esta vivienda: No. HOGARES	5. ¿El material predominante del PISO de la vivienda es de: <table><tr><td>- Duela/ parquet/ tabloncillo/ tablón tratado/ piso flotante?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Cerámica/ baldosa/ vinyl?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Mármol/ marmetón?.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- Cemento/ ladrillo?.....</td><td> </td><td>4</td></tr><tr><td>- Tabla/ tablón no tratado?.....</td><td> </td><td>5</td></tr><tr><td>- Caña?.....</td><td> </td><td>6</td></tr><tr><td>- Tierra?.....</td><td> </td><td>7</td></tr><tr><td>- Otro, cuál (especifique)?.....</td><td> </td><td>8</td></tr></table>	- Duela/ parquet/ tabloncillo/ tablón tratado/ piso flotante?.....		1	- Cerámica/ baldosa/ vinyl?.....		2	- Mármol/ marmetón?.....		3	- Cemento/ ladrillo?.....		4	- Tabla/ tablón no tratado?.....		5	- Caña?.....		6	- Tierra?.....		7	- Otro, cuál (especifique)?.....		8	11. ¿El sitio de la vivienda donde COCINAN los alimentos habitualmente los miembros de este Hogar es: <table><tr><td>- En un cuarto exclusivo sólo para cocinar?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- En un cuarto utilizado también para dormir?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- En la sala/ comedor?.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- En el patio/ corredor u otro sitio?.....</td><td> </td><td>4</td></tr><tr><td>- No cocinan?.....</td><td> </td><td>5</td></tr></table> → 14	- En un cuarto exclusivo sólo para cocinar?.....		1	- En un cuarto utilizado también para dormir?.....		2	- En la sala/ comedor?.....		3	- En el patio/ corredor u otro sitio?.....		4	- No cocinan?.....		5	17. ¿De dónde obtiene el AGUA PRINCIPALMENTE este Hogar: <table><tr><td>- Red pública?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Otra fuente por tubería?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Carro repartidor/ triciclo/agua al granel?...</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- Pozo o grieta?.....</td><td> </td><td>4</td></tr><tr><td>- Río, vertiente, acequia o canal?.....</td><td> </td><td>5</td></tr><tr><td>- Otro, cuál (especifique)?.....</td><td> </td><td>6</td></tr></table> → 19	- Red pública?.....		1	- Otra fuente por tubería?.....		2	- Carro repartidor/ triciclo/agua al granel?...		3	- Pozo o grieta?.....		4	- Río, vertiente, acequia o canal?.....		5	- Otro, cuál (especifique)?.....		6												
- Duela/ parquet/ tabloncillo/ tablón tratado/ piso flotante?.....		1																																																																						
- Cerámica/ baldosa/ vinyl?.....		2																																																																						
- Mármol/ marmetón?.....		3																																																																						
- Cemento/ ladrillo?.....		4																																																																						
- Tabla/ tablón no tratado?.....		5																																																																						
- Caña?.....		6																																																																						
- Tierra?.....		7																																																																						
- Otro, cuál (especifique)?.....		8																																																																						
- En un cuarto exclusivo sólo para cocinar?.....		1																																																																						
- En un cuarto utilizado también para dormir?.....		2																																																																						
- En la sala/ comedor?.....		3																																																																						
- En el patio/ corredor u otro sitio?.....		4																																																																						
- No cocinan?.....		5																																																																						
- Red pública?.....		1																																																																						
- Otra fuente por tubería?.....		2																																																																						
- Carro repartidor/ triciclo/agua al granel?...		3																																																																						
- Pozo o grieta?.....		4																																																																						
- Río, vertiente, acequia o canal?.....		5																																																																						
- Otro, cuál (especifique)?.....		6																																																																						
2. VÍA DE ACCESO principal a la vivienda. (Por observación) <table><tr><td>- Carretera/ calle pavimentada, adoquinada o de concreto.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Empedrado.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Lastrado/ calle de tierra.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- Sendero/ chaquiñán.....</td><td> </td><td>4</td></tr><tr><td>- Río/ mar/ lago.....</td><td> </td><td>5</td></tr><tr><td>- Otro, cuál (especifique)?.....</td><td> </td><td>6</td></tr></table>	- Carretera/ calle pavimentada, adoquinada o de concreto.....		1	- Empedrado.....		2	- Lastrado/ calle de tierra.....		3	- Sendero/ chaquiñán.....		4	- Río/ mar/ lago.....		5	- Otro, cuál (especifique)?.....		6	6. ¿El ESTADO del (...) de la vivienda es: <table><thead><tr><th></th><th>BUENO?</th><th>REGULAR?</th><th>MALO?</th></tr></thead><tbody><tr><td>TECHO</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>PAREDES</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>PISO</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		BUENO?	REGULAR?	MALO?	TECHO				PAREDES				PISO				12. ¿El cuarto o sitio para COCINAR es de uso: <table><tr><td>- Exclusivo del Hogar?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Compartido con otros Hogares?.....</td><td> </td><td>2</td></tr></table>	- Exclusivo del Hogar?.....		1	- Compartido con otros Hogares?.....		2	18. ¿El ABASTECIMIENTO de agua es: <table><tr><td>- Permanente?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Irregular?.....</td><td> </td><td>2</td></tr></table>	- Permanente?.....		1	- Irregular?.....		2																							
- Carretera/ calle pavimentada, adoquinada o de concreto.....		1																																																																						
- Empedrado.....		2																																																																						
- Lastrado/ calle de tierra.....		3																																																																						
- Sendero/ chaquiñán.....		4																																																																						
- Río/ mar/ lago.....		5																																																																						
- Otro, cuál (especifique)?.....		6																																																																						
	BUENO?	REGULAR?	MALO?																																																																					
TECHO																																																																								
PAREDES																																																																								
PISO																																																																								
- Exclusivo del Hogar?.....		1																																																																						
- Compartido con otros Hogares?.....		2																																																																						
- Permanente?.....		1																																																																						
- Irregular?.....		2																																																																						
3. ¿El material predominante del TECHO O CUBIERTA de la vivienda es de: <table><tr><td>- Hormigón/ losa/ cemento?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Asbesto (eternit, eurolit)?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Zinc?.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- Teja?.....</td><td> </td><td>4</td></tr><tr><td>- Madera?.....</td><td> </td><td>5</td></tr><tr><td>- Palma/ paja/ hoja?.....</td><td> </td><td>6</td></tr><tr><td>- Otro, cuál (especifique)?.....</td><td> </td><td>7</td></tr></table>	- Hormigón/ losa/ cemento?.....		1	- Asbesto (eternit, eurolit)?.....		2	- Zinc?.....		3	- Teja?.....		4	- Madera?.....		5	- Palma/ paja/ hoja?.....		6	- Otro, cuál (especifique)?.....		7	7. TIPO DE VIVIENDA. (Por observación) <table><tr><td>- Casa/ villa.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Departamento en casa o edificio.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Cuarto (s) en casa de inquilinato.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- Mediagua.....</td><td> </td><td>4</td></tr><tr><td>- Rancho.....</td><td> </td><td>5</td></tr><tr><td>- Choza.....</td><td> </td><td>6</td></tr><tr><td>- Covacha.....</td><td> </td><td>7</td></tr><tr><td>- Otro, cuál (especifique)?.....</td><td> </td><td>8</td></tr></table>	- Casa/ villa.....		1	- Departamento en casa o edificio.....		2	- Cuarto (s) en casa de inquilinato.....		3	- Mediagua.....		4	- Rancho.....		5	- Choza.....		6	- Covacha.....		7	- Otro, cuál (especifique)?.....		8	13. ¿En este Hogar se COCINA PRINCIPALMENTE con: <table><tr><td>- Gas?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Electricidad?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Leña/ carbón?.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- Otro, cuál (especifique)?.....</td><td> </td><td>4</td></tr></table>	- Gas?.....		1	- Electricidad?.....		2	- Leña/ carbón?.....		3	- Otro, cuál (especifique)?.....		4	19. ¿El SUMINISTRO de agua está ubicado: <table><tr><td>- Por tubería dentro de la vivienda?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del lote o terreno?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Por tubería fuera del edificio, lote o terreno?.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- No reciben agua por tubería sino por otros medios?.....</td><td> </td><td>4</td></tr></table> → 22	- Por tubería dentro de la vivienda?.....		1	- Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del lote o terreno?.....		2	- Por tubería fuera del edificio, lote o terreno?.....		3	- No reciben agua por tubería sino por otros medios?.....		4
- Hormigón/ losa/ cemento?.....		1																																																																						
- Asbesto (eternit, eurolit)?.....		2																																																																						
- Zinc?.....		3																																																																						
- Teja?.....		4																																																																						
- Madera?.....		5																																																																						
- Palma/ paja/ hoja?.....		6																																																																						
- Otro, cuál (especifique)?.....		7																																																																						
- Casa/ villa.....		1																																																																						
- Departamento en casa o edificio.....		2																																																																						
- Cuarto (s) en casa de inquilinato.....		3																																																																						
- Mediagua.....		4																																																																						
- Rancho.....		5																																																																						
- Choza.....		6																																																																						
- Covacha.....		7																																																																						
- Otro, cuál (especifique)?.....		8																																																																						
- Gas?.....		1																																																																						
- Electricidad?.....		2																																																																						
- Leña/ carbón?.....		3																																																																						
- Otro, cuál (especifique)?.....		4																																																																						
- Por tubería dentro de la vivienda?.....		1																																																																						
- Por tubería fuera de la vivienda pero dentro del lote o terreno?.....		2																																																																						
- Por tubería fuera del edificio, lote o terreno?.....		3																																																																						
- No reciben agua por tubería sino por otros medios?.....		4																																																																						
4. ¿El material predominante de las PAREDES de la vivienda es de: <table><tr><td>- Hormigón?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Bloque o ladrillo?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Asbesto/ cemento (Fibrolit)?.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- Adobe/ tapia?.....</td><td> </td><td>4</td></tr><tr><td>- Madera?.....</td><td> </td><td>5</td></tr><tr><td>- Bahareque (caña o carrizo revestido)?.....</td><td> </td><td>6</td></tr><tr><td>- Caña sin revestir?.....</td><td> </td><td>7</td></tr><tr><td>- Otro, cuál (especifique)?.....</td><td> </td><td>8</td></tr></table>	- Hormigón?.....		1	- Bloque o ladrillo?.....		2	- Asbesto/ cemento (Fibrolit)?.....		3	- Adobe/ tapia?.....		4	- Madera?.....		5	- Bahareque (caña o carrizo revestido)?.....		6	- Caña sin revestir?.....		7	- Otro, cuál (especifique)?.....		8	8. ¿De cuántos cuartos DISPONE este Hogar, sin incluir cuartos de cocina, baños, garajes o los dedicados exclusivamente para negocios? NÚMERO DE CUARTOS	14. ¿El tipo de SERVICIO HIGIÉNICO con que cuenta este Hogar es: <table><tr><td>- Inodoro conectado a red pública de alcantarillado?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Inodoro conectado a pozo séptico?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Inodoro conectado a pozo ciego?.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- Letrina?.....</td><td> </td><td>4</td></tr><tr><td>- No tiene?.....</td><td> </td><td>5</td></tr></table> → 17	- Inodoro conectado a red pública de alcantarillado?.....		1	- Inodoro conectado a pozo séptico?.....		2	- Inodoro conectado a pozo ciego?.....		3	- Letrina?.....		4	- No tiene?.....		5	20. ¿El SUMINISTRO de agua se encuentra: <table><tr><td>- Muy cerca?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Cerca?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Lejos?.....</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td>- Muy lejos?.....</td><td> </td><td>4</td></tr></table>	- Muy cerca?.....		1	- Cerca?.....		2	- Lejos?.....		3	- Muy lejos?.....		4																		
- Hormigón?.....		1																																																																						
- Bloque o ladrillo?.....		2																																																																						
- Asbesto/ cemento (Fibrolit)?.....		3																																																																						
- Adobe/ tapia?.....		4																																																																						
- Madera?.....		5																																																																						
- Bahareque (caña o carrizo revestido)?.....		6																																																																						
- Caña sin revestir?.....		7																																																																						
- Otro, cuál (especifique)?.....		8																																																																						
- Inodoro conectado a red pública de alcantarillado?.....		1																																																																						
- Inodoro conectado a pozo séptico?.....		2																																																																						
- Inodoro conectado a pozo ciego?.....		3																																																																						
- Letrina?.....		4																																																																						
- No tiene?.....		5																																																																						
- Muy cerca?.....		1																																																																						
- Cerca?.....		2																																																																						
- Lejos?.....		3																																																																						
- Muy lejos?.....		4																																																																						
	9. ¿De estos cuartos cuántos dispone este Hogar en forma EXCLUSIVA para dormir? NÚMERO DE CUARTOS NINGUNO = 00	15. ¿De cuántos CUARTOS DE SERVICIO HIGIÉNICO dispone el Hogar: - En total?..... - Exclusivos de este Hogar?..... - Compartido con otros Hogares?.....	21. ¿CUANTO TIEMPO se demora en trasladarse de ida y vuelta, desde su vivienda al lugar del suministro de agua? HORAS MINUTOS																																																																					
	10. ¿En este Hogar, existen cuartos exclusivos para NEGOCIOS FAMILIARES? <table><tr><td>- SI.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- NO.....</td><td> </td><td>2</td></tr></table> → ¿Cuántos? →	- SI.....		1	- NO.....		2	16. ¿El SERVICIO HIGIÉNICO está ubicado: <table><tr><td>- Dentro de la vivienda?.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- Fuera de la vivienda pero en el lote/ terreno?.....</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- Fuera de la vivienda, lote/ terreno?.....</td><td> </td><td>3</td></tr></table>	- Dentro de la vivienda?.....		1	- Fuera de la vivienda pero en el lote/ terreno?.....		2	- Fuera de la vivienda, lote/ terreno?.....		3	22. ¿Pagan en este Hogar por el AGUA que consumen? <table><tr><td>- SI.....</td><td> </td><td>1</td></tr><tr><td>- SI, con el arriendo...</td><td> </td><td>2</td></tr><tr><td>- NO.....</td><td> </td><td>3</td></tr></table> → ¿Cuánto pagó el mes pasado o el último pago? → \$ ↓ ¿De cuántos meses?	- SI.....		1	- SI, con el arriendo...		2	- NO.....		3																																													
- SI.....		1																																																																						
- NO.....		2																																																																						
- Dentro de la vivienda?.....		1																																																																						
- Fuera de la vivienda pero en el lote/ terreno?.....		2																																																																						
- Fuera de la vivienda, lote/ terreno?.....		3																																																																						
- SI.....		1																																																																						
- SI, con el arriendo...		2																																																																						
- NO.....		3																																																																						

PARTE A - CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y SERVICIOS BÁSICOS -

23. ¿Principalmente le dan al agua que obtienen de (Preg.17...) antes de beberla es:

- Ninguno, tal como la obtienen?

1

- La hierven?

2

- Le ponen cloro?

3

- La filtran?

4

- Compran agua purificada?.....

5

24. ¿Dispone este hogar de ESPACIO PARA BAÑARSE o ducharse?

- SI

1

Con instalaciones?

- NO.....

2

→ 26

25. ¿EL ESPACIO para bañarse o ducharse es de uso:

- Exclusivo del Hogar?.....

1

- Compartido con otros Hogares?.....

2

26. ¿El TIPO DE ALUMBRADO con que cuenta principalmente este Hogar es de:

- Empresa eléctrica pública?

1

- Planta eléctrica privada generador de luz?

2

- Paneles solares?.....

3

- Vela/ candil/ mechero/ gas?

4

- Ninguno?

5

→29

27. ¿Dispone la vivienda de MEDIDOR de Energía Eléctrica:

- De uso exclusivo?.....

1

- De uso común a varias viviendas?.....

2

- No tiene medidor?.....

3

28. ¿Pagan en este Hogar por la ELECTRICIDAD?

- SI

1

¿Cuánto pagó el mes pasado o el último pago? → \$

↓

- SI, con el arriendo

2

¿De cuántos meses ?

- NO

3

29. ¿Tiene este Hogar SERVICIO TELÉFONICO convencional?

- SI

1

- NO

2

→ 31

30. ¿Pagan en este Hogar por el SERVICIO TELEFÓNICO CONVENCIONAL?

- SI

1

¿Cuánto pagó el mes pasado o el último pago? → \$

↓

- NO.....

2

¿De cuántos meses ?

31. ¿Dispone este Hogar de SERVICIO de INTERNET?

- SI

1

- NO

2

→ 33

32. ¿Pagan en este Hogar por el SERVICIO de INTERNET?

- SI

1

¿Cuánto pagó el mes pasado o el último pago? → \$

↓

- NO....

2

¿De cuántos meses ?

33. ¿Tiene este Hogar acceso al SERVICIO de TELEVISIÓN por CABLE/SATELITAL?

- SI

1

- NO

2

→ 35

34. ¿Pagan en este Hogar por el SERVICIO de TELEVISIÓN por Cable/Satelital?

- SI

1

¿Cuánto pagó el mes pasado o el último pago? → \$

↓

- NO....

2

¿De cuántos meses ?

35. ¿Cómo ELIMINA principalmente este Hogar la basura?

- Servicio Municipal.....

1

- La botan a la calle/ quebrada/lote.....

2

- La queman.....

3

- Entierran

4

- La botan al río/acequia/canal.....

5

- Otro, cuál ?

6

36. ¿La vivienda que OCUPA este Hogar es:

- En arriendo?.....

1

→ 37

- Anticresis, Anticresis y arriendo?.....

2

- Propia y la está pagando?.....

3

- Propia y totalmente pagada?.....

4

- Cedida?.....

5

- Recibida por servicios?.....

6

→ 40

37. ¿Pagaron el MES PASADO por el arriendo de esta vivienda?

- SI....

1

¿Cuánto? → \$

→ 43

- NO..

2

→ 43

38. ¿Pagaron el MES PASADO por esta vivienda?

- SI....

1

¿Cuánto? → \$

- NO..

2

39. ¿Si tuvieran que PAGAR ARRIENDO por esta vivienda, cuánto tendrían que pagar al mes?

Valor \$.

→ 41

40. ¿Si tuvieran que PAGAR ARRIENDO por esta vivienda, cuánto tendrían que pagar al mes?

Valor \$.

→ 43

41. ¿Los miembros del Hogar POSEEN por esta vivienda:

- Escritura/ título de propiedad registrado?

1

- Escritura en trámite?

2

- Promesa compra-venta?

3

- Posesión efectiva?

4

- Otro documento, cuál?

5

- Ninguno?

6

→ 43

42. ¿Quién es o quiénes son los TITULARES de la escritura o título de propiedad registrado?

- Jefe (a) del hogar

1

- Cónyuge

2

- Jefe (a) y cónyuge

3

- Jefe (a) y otra/s persona/s.....

4

- Otros miembros de este hogar.....

5

43. ¿Cuántos AÑOS de construcción tiene esta vivienda?

- Años.....

Menos de 1 año = 00

44. ¿Cuántos METROS CUADRADOS de construcción tiene esta vivienda en total?

- Metros cuadrados.....

(SI EL HOGAR OCUPA MÁS DE UN PISO, SUME LA SUPERFICIE TOTAL DE TODOS LOS PISOS)

45. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de...a...) los miembros de este hogar gastaron dinero en:

(Admite más de una alternativa)

- Mantenimiento de la vivienda?.....

1

- Ampliación y mejoramiento de la vivienda?

2

- Construcción de vivienda nueva?

3

- Ninguna?

4

→ PARTE B

CUÁNTO GASTARON EN TOTAL? \$

46. ¿De donde obtuvieron los RECURSOS FINANCIEROS para el mantenimiento, mejoramiento, ampliación o construcción de la vivienda:

(Admite más de una alternativa)

- Ahorros / sueldos?.....

1

- Ayudas en dinero de familiares y/o amigos?.....

2

- Bono de la vivienda (MIDUVI)?.....

3

- Préstamos de Instituciones Públicas?.....

4

- Préstamos del IESS, ISSFA/ ISSPOL?....

5

- Préstamos de Intituciones Privadas?.....

6

- Préstamos de amigos o familiares?.....

7

- Préstamos del Trabajo?.....

8

- Prestamista / Chulquero?.....

9

- Otra, cuál?

SECCIÓN 1. DATOS DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR

PARTE B

- INFORMACIÓN AMBIENTAL -

RUIDO Y OLORES

1. ¿Su hogar es afectado por el **RUIDO**?

- SI			1
- NO			2

→ 3

2. ¿En la escala de 1 al 5, en donde 1 no es afectado y 5 es totalmente afectado, califique usted el grado de **AFECTACIÓN EN SU HOGAR**, de las siguientes fuentes de **ruido** :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 1- Parque automotor (autobuses, camiones, automóviles, motocicletas, etc)?
- 2- Bares/ Discotecas (sonido)?.....
- 3- Carro recolector de la basura (ruido)?.....
- 4- Locales comerciales (música/publicidad)?.....
- 5- Aviones (turbinas)?.....
- 6- Industrias (metalmecánicas, manufactureras, etc.)?.....
- 7- Construcciones?.....
- 8- Otro, cuál?.....

3. ¿Su hogar es afectado por algún **TIPO DE OLOR**? (desagradables, fuertes, etc.)

- SI			1
- NO			2

→ 5

4. ¿En la escala de 1 al 5, en donde 1 no es afectado y 5 es totalmente afectado, califique usted el grado de **AFECTACIÓN EN SU HOGAR**, de las siguientes fuentes de **olor** :

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- 1- Humo de tabaco, quema de madera, esmog, etc?.....
- 2- Tuberías, red saneamiento, sumideros, alcantarillas?.....
- 3- Explotaciones agropecuarias?.....
- 4- Industrias (alimentarias, pesca, etc.)?.....
- 5- Comercios (mercados, pescaderías)?.....
- 6- Contenedores de residuos?.....
- 7- Vertederos (botadero, relleno sanitario, descarga de aguas residuales)?.....
- 8- Otro, ¿Cuál?.....

RESIDUOS

5. ¿Clasifica los **DESECHOS** en su hogar?

SI.....			1
NO.....			2

→ 8

6. ¿De qué desechos realiza la **CLASIFICACIÓN**:

1- Orgánicos?.....			SI	NO
A- Sólo papel, cartón?.....				
B- Sólo plástico?.....				
2- Inorgánicos:.....				
C- Sólo vidrio?.....				
D- En un mismo recipiente: papel, plástico, vidrio, entre otros desechos inorgánicos?.....				

7. ¿Cómo realiza la **CLASIFICACIÓN**

1- Fundas plásticas de diferente color?.....			SI	NO
2- Recipientes o fundas identificados?.....				
3- Recipientes o fundas comunes?.....				
4- Otro, cuál?.....				

8. ¿En su hogar utiliza **BATERIAS O PILAS** (en el control remoto, relojes, detectores de humo)?

- SI			1
- NO			2

→ 10

9. Una vez terminada la vida útil de las **BATERIAS/PILAS** usadas en su hogar ¿Cómo las elimina:

1- Las recolecta y deja en centros de acopio dispuestos para este fin?.....			SI	NO
2- Las recolecta y almacena en recipientes?.....				
3- Las bota con el resto de la basura?.....				
4- Otro, cuál?				

AHORRO DE ENERGÍA

10. ¿Cuántos **FOCOS UTILIZA** en su hogar?

(Solo alternativas 1, 2 y 3 de pág. 3, Preg. 26)

En total.....			¿Cuántos son FOCOS AHORRADORES ?.....		
---------------	----------------------	----------------------	--	----------------------	----------------------

Si Focos Ahorradores = 00 → 12

11. Una vez terminada la vida útil de los **FOCOS AHORRADORES** en su hogar ¿Cómo los elimina:

1- Los recolecta y deja en centros de acopio dispuestos para este fin?....			SI	NO
2- Los recolecta y los almacena en recipientes?.....				
3- Los bota con el resto de la basura?.....				
4- Otro, cuál?				

→ 13

12. ¿Por qué razón no utiliza **FOCOS AHORRADORES** en su hogar:

1- Alumbran muy poco?.....			SI	NO
2- Por su costo?.....				
3- Otro, cuál?.....				

13. En su hogar, ¿**PLANCHLA LA ROPA**?

SI.....			1
NO.....			2

→ 15

Horas Minutos

- ¿Cuánto tiempo a la semana?.....

14. ¿En qué momento del día usualmente **PLANCHLA LA ROPA** en su hogar:

1- Mañana y/o tarde?.....			1
2- Noche (horas pico, de 18H00 a 22H00)?.....			2
3- Noche (fuera de horas pico)?.....			3

AHORRO DE AGUA

15. Especifique ¿Qué tipo de método/dispositivo utiliza para **AHORRAR AGUA** en su hogar:

1- Recicla el agua (para regar, fregar, tirar al baño)?.....			SI	NO
2- Utiliza un balde con agua para ciertas actividades.....				
3- Cierra ligeramente las llaves de paso del agua?.....				
4- Utiliza un economizador de chorro (reductor de flujo del agua)?.....				
5- Coloca carga al inodoro (botella de agua dentro del tanque de descarga del inodoro)?.....				
6- Utiliza inodoros ahorradores de agua?.....				
7- Otro, cuál?.....				

16. ¿Revisa las **TUBERIAS** de su hogar para prevenir / arreglar fugas:

- Nunca?.....			1
- Semanalmente?.....			2
- Mensualmente?.....			3
- Trimestralmente?.....			4
- Semestralmente?.....			5
- Anualmente?.....			6

ESPACIOS PÚBLICOS

17. ¿Cerca a su vivienda en su barrio o localidad los miembros de su hogar tienen acceso libremente a los siguientes **ESPACIOS PÚBLICOS**:

	SI	NO	NO APLICA	¿A qué distancia de su hogar se encuentra:	¿El estado de (...) es:
1- Veredas?.....				MENOS DE 100 m?.....1	BUENO?.....1
2- Parque?.....				ENTRE 100 m y 500m?..2	REGULAR?..2
3- Plaza/plazoleta?...				MÁS DE 500m?.....3	MALO?.....3
4- Bulevar?.....					
5- Malecón?.....					

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARTE A

Señor(a) Entrevistador(a) para el registro de los Miembros del Hogar, lea al informante las siguientes instrucciones:

Señor(a) necesitamos hacer un listado con los nombres y apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este Hogar. **No incluya aquellas personas que por diferentes motivos se encuentran ausentes del Hogar por más de 6 meses seguidos y aquellas que vivan en otro hogar.**

Por favor:

1. Dígame los nombres y apellidos del JEFE o JEFA del Hogar que come y duerme habitualmente en este hogar.

(Registre los nombres en P1, C.P. 01). []

IMPORTANTE: En el caso de que el JEFE (A) del Hogar esté ausente por más de 6 meses y viva en otro Hogar, registre en P1, C.P. 01, los nombres de la persona que los Miembros del Hogar reconozcan que ocupa el lugar del JEFE (A) del Hogar que está ausente.

2. Ahora, dígame los nombres de la esposa(o), conviviente o compañero(a) que come y duerme habitualmente en este Hogar. []
3. Dígame los nombres de cada uno de los **hijos o hijas solteros sin hijos** empezando por el(la) mayor que comen y duermen habitualmente en este hogar, incluya a los recién nacidos. []
4. Dígame los nombres de cada uno de los **hijos o hijas solteros con hijos** empezando por el(la) mayor que comen y duermen habitualmente en este hogar.
5. Ahora, dígame los nombres de los hijos e hijas casados, el de la (el) esposa (o) y el de los hijos e hijas que comen y duermen habitualmente en este Hogar. []
6. Si existen otros parientes del Jefe (a) del Hogar o de su esposa o conviviente, que comen y duermen habitualmente en este Hogar, deme los nombres. []
7. Si los hay, deme los nombres de los empleados domésticos y sus familiares que comen y duermen habitualmente en este Hogar. []
8. Ahora dígame, si los hay, los nombres de las personas que no son familiares y que pagan por comer y dormir habitualmente en este Hogar (Pensionistas). []
9. Existen otras personas: amigos, compadres, huéspedes, estudiantes de intercambio, etc., que comen y duermen habitualmente en este Hogar por un período mayor a 6 meses y que no me ha mencionado? Si las hay, dígame los nombres. []
10. Dígame, por favor, si hay alguna persona o personas que no me haya mencionado y estén ausentes de este Hogar en forma temporal (menos de 6 meses seguidos) por motivos de salud, estudio, trabajo, vacaciones, etc. []

PASE A LA PARTE B

¿De todas las personas que me ha mencionado, existen algunas que se encuentran ausentes de este hogar por más de 6 meses seguidos?

SI 1

☐

NO 2

☐

→ **SIGA**

NOMBRE DE LA PERSONA	PARENTESCO	MOTIVO DE LA AUSENCIA

**Verifique que éstas personas no estén listadas como Miembros del Hogar.
En caso contrario, exclúyalas del listado**

SECCIÓN 2. - REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR -

DISCAPACIDAD																					PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR									
¿Algún miembro de este hogar tiene alguna DISCAPACIDAD de tipo permanente físico, sensorial o mental? ¿Quiénes son? SI 1 NO 2 → 16		¿La DISCAPACIDAD de (...) es: - Intelectual (Retardo mental)?..... A - Físico - Motora (Parálisis y/o amputaciones)?..... B - Visual (Ceguera)?..... C - Auditiva (Sordera)?..... D - Mentales (Enfermedades psiquiátricas, locura)?..... E SI.....1 NO..... 2																												

A

B

C

D

E

SECCIÓN 2. - REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR -

DISCAPACIDAD PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR				IDENTIFICACIÓN ÉTNICA			ESTADO CIVIL ó CONYUGAL											
¿Durante los últimos 12 meses (de ... a ...) requirió (...) de atención médica de la MISIÓN MANUELA ESPEJO?				Para personas de 18 años y más			Para Todas personas			Para personas de 12 años y más								
¿Conoce (...) dónde se encuentra ubicado algún Centro de Atención Integral Manuela Espejo (CAIMES)?				¿Durante el MES PASADO (...) recibió EL BONO JOAQUIN GALLEGOS LARA?			¿Cómo se IDENTIFICA (...) según su cultura y costumbres:			¿Actualmente, cuál es su ESTADO CIVIL ó CONYUGAL?			¿Su ESPOSA (O) o CONVIVIENTE vive en este Hogar?					
SI 1 NO 2				SI 1 NO 2			- Indígena?..... 1 - Afrodescendiente?..... 2 - Negro/a?..... 3 - Mulato/a?..... 4 - Montubio/a?..... 5 - Mestizo/a?..... 6 - Blanco/a?..... 7 - Otra, cuál?..... 8			- Casado..... 1 - Unión libre..... 2 - Separado..... 3 - Divorciado 4 - Viudo..... 5 - Soltero..... 6			SI.....1 NO..... 2					
CÓD.	¿Cuántas veces requirió?	¿Cuántas le visitaron?		CÓD.	DÓLARES	CÓD. PER. POR QUIÉN RECIBE				CÓD.	CÓD. PERS.							
15				16			17			18			19			20		
01												01						
02												02						
03												03						
04												04						
05												05						
06												06						
07												07						
08												08						
09												09						
10												10						
11												11						
12												12						

SECCIÓN 2. - REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR -

NÚCLEOS FAMILIARES PARA TODAS LAS PERSONAS

¿El PADRE de (...) vive en este Hogar? SI..... 1 → 24 NO.....2	¿Cuál es o fue el nivel de instrucción y año más alto que aprobó el PADRE de (...)? - Ninguno..... 1 - Centro de Alfabetización..... 2 - Jardín de Infantes..... 3 - Primaria..... 4 - Educación Básica..... 5 - Secundaria..... 6 - Educación Media/Bachillerato..... 7 - Superior no Universitario..... 8 - Superior Universitario..... 9 - Post – grado..... 10 - No Sabe..... 11	¿Durante la mayor parte de la vida, el PADRE de (...) es o fue: - Obrero o Empleado?..... 1 - Jornalero o Peón?..... 2 - Patrón o Empleador?..... 3 - Cuenta Propia? 4 - Trabajador de su propia finca?..... 5 - Empleado doméstico?..... 6 - Quehaceres del hogar? 7 - No trabajó por discapacidad?..... 8 - Rentista? 9 - Estudiante? 10 - No sabe? 11	¿La MADRE de (...) vive en este Hogar? SI.....1 Pase a Sección 3 NO.....2	¿Cuál es o fue el nivel de instrucción y año más alto que aprobó la MADRE de (...)? - Ninguno..... 1 - Centro de Alfabetización..... 2 - Jardín de Infantes..... 3 - Primaria..... 4 - Educación Básica..... 5 - Secundaria..... 6 - Educación Media/Bachillerato..... 7 - Superior no Universitario..... 8 - Superior Universitario..... 9 - Post – grado.....10 - No Sabe..... 11	¿Durante la mayor parte de la vida, la MADRE de (...) es o fue: - Obrera o Empleada?..... 1 - Jornalera o Peón?..... 2 - Patrona o Empleadora?..... 3 - Cuenta Propia? 4 - Trabajadora de su propia finca?..... 5 - Empleada doméstica?..... 6 - Quehaceres del hogar? 7 - No trabajó por discapacidad?..... 8 - Rentista? 9 - Estudiante? 10 - No sabe? 11				
CÓD.	CÓD. PERS.	NIVEL	AÑO APROBADO	CÓD.	CÓD. PERS.	NIVEL	AÑO APROBADO	Para personas de 5 años y más Pase a Sección 3 preg. 57, Pág. 13	

	21	22	23	24	25	26	
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN 3. SALUD PARTE A - DESARROLLO DEL NIÑO - PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

PERMANENCIA DEL NIÑO					PESO DEL NIÑO AL NACER Y PRUEBA NEONATAL				VITAMINAS			
¿(...) ASISTE a algún Programa o Centro Infantil (guardería)? SI..... 1 NO 2 ➔ 4	¿El PROGRAMA o Centro Infantil (guardería) donde acude (...) es: - Centro del MIES/INFA (CIBV)? 1 - Creciendo con nuestros hijos (CNH)? 2 - Centro Infantil del Ministerio de Educación? 3 - De otras Instituciones Públicas?..... 4 - Privada?..... 5 - De la Iglesia?..... 6 - De una Fundación /ONG?..... 7	¿Cuántos DÍAS a la semana y cuántas HORAS al día permanece (...) en los Centros Infantiles (guardería)? DÍAS/ SEMANA HORAS/ DÍA	¿CON QUIÉN permanece (...) la mayor parte del tiempo entre semana? - Madre 1 - Padre 2 - Abuelos o tíos 3 - Miembros del Hogar de 10 años y más..... 4 - Miembros del Hogar menores de 10 años 5 - Otros familiares, vecinos o amigos 6 - Empleada o niñera 7 - Se queda solo 8 - Centro de Desarrollo Infantil (guardería)..... 9 ➔ 6	¿Dónde se realiza el CUIDADO de (...): - En el hogar?..... 1 - Fuera del hogar?... 2	¿Puede proporcionarme el CARNÉ de SALUD INFANTIL o TARJETA DEL RECEN NACIDO de (...)? SI1 NO 2	Copie del CARNÉ el peso del niño al nacer, caso contrario pregunte por el peso a la madre Por carné o tarjeta..... 1 Por recordación.... 2	¿Se le realizó a (...) la prueba de TAMIZAJE NEONATAL (pinchada del talón al cuarto día de nacido)? SI1 NO 2	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de...a...) recibió (...) de instituciones del Estado de forma GRATUITA: - Vitamina A? A - Hierro? B SI1 NO 2	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de...a...) recibió (...) de instituciones del Estado de forma GRATUITA CHISPAZ? SI 1 NO 2 ↓	Cód. A B	Agregó las Chispas a la comida de (...)? SI... 1 NO...2	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
01										01		
02										02		
03										03		
04										04		
05										05		
06										06		
07										07		
08										08		
09										09		
10										10		
11										11		
12										12		

SECCIÓN 3. SALUD PARTE A - DESARROLLO DEL NIÑO - PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

INMUNIZACIÓN												LACTANCIA MATERNA									
¿Recibió (...) la VACUNA contra la tuberculosis, (B C G) o vacuna del nacimiento?		¿Recibió (...) la VACUNA PENTAVALENTE (triple más meningitis y hepatitis)?		¿Recibió (...) la VACUNA contra la POLIOMIELITIS o POLIO? -OPV-		¿Recibió (...) la VACUNA del ROTAVIRUS?		¿Recibió (...) la VACUNA contra el SARAMPiÓN, RUBÉOLA y PAPERAS o triple viral? -SRP-		¿Recibió (...) la VACUNA del NEUMOCOCO CONJUGADA?		¿Recibió (...) la VACUNA ANTIAMARILLICA? -FA-		¿Recibió (...) la VACUNA contra la VARICELA?		¿A (...) le dio usted ALGUNA VEZ SENO ó PECHO por lo menos una vez?		¿POR QUÉ razón USTED nunca le dio PECHO a (...)?		¿A qué tiempo después del nacimiento de (...) empezó a AMAMANTAR O LACTAR:	
SI1 NO 2		SI1 NO2		SI1 NO 2		SI1 NO 2		SI1 NO 2		SI1 NO 2		SI1 NO 2		SI1 NO 2		SI1 ▶ 21 NO 2		- No tuvo leche..... 1 - Rechazo de niño..... 2 - Enfermedad madre..... 3 - Enfermedad niño..... 4 - Cesárea?..... 5 - Otro, cuál?..... 6 ▶ 31		- En la primera hora? 1 - De una hora hasta cuatro? 2 - De 5 a 24 horas? 3 - Más de un día?..... 4 - No recuerda?..5	
CÓD.		CÓD.		CÓD.		CÓD.		CÓD.		CÓD.		CÓD.		CÓD.		CÓD.		CÓD.		CÓD.	
NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO		NÚMERO	
11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

SECCIÓN 3. SALUD PARTE A - DESARROLLO DEL NIÑO - PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA																							
¿En los PRIMEROS TRES DÍAS después del nacimiento de (...) antes que su leche bajara regularmente, le dio algo de beber aparte de su pecho como: - Agua simple/sola?..... 1 - Agua con azúcar, glucosa ó miel?..... 2 - Agua con sal y azúcar?..... 3 - Té u otra infusión?..... 4 - Miel sola?..... 5 - Agua miel?..... 6 - Leche (no de fórmula ni de pecho)?..... 7 - Leche de tarro (fórmula)?... 8 - Jugo de fruta?..... 9 - Nada?.....10 - No sabe/ no se acuerda?.... 11 - Otro, cuál?..... 12		¿Durante cuánto tiempo le dio a (...) SOLAMENTE PECHO , sin ningún otro líquido como agua, jugo, sopa u otro alimento? Nunca le dio solamente pecho = 77 Todavía le da solamente pecho = 88		¿Desde que nació (...) LE DIO PECHO cada vez que pidió o sea a libre demanda? SI1 NO 2		PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 3 AÑOS ¿Desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy (de 6:00 am a 6:00 am) recibió (...) LA LECHE MATERNA ? SI 1 NO 2				¿Desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy (de 6:00 am a 6:00 am) consumió (...) algún líquido INCLUIDO LA LECHE MATERNA EN BIBERÓN? SI 1 NO 2		¿Desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy (de 6:00 am a 6:00 am) comió (...) algún ALIMENTO SÓLIDO O SEMISÓLIDO? SI1 NO2		¿Qué EDAD tenía (...) cuando USTED DEJÓ DE DARLE PECHO? Le está dando pecho y complemento = 77 ➔ 31 Todavía le da solamente pecho = 88 ➔ 34		¿POR QUÉ razón USTED dejó de darle el PECHO a (...)? - Por trabajo..... 1 - Consejo familiar..... 2 - Consejo médico..... 3 - Edad del niño..... 4 - Nuevo embarazo..... 5 - Otro, cuál?..... 6		¿Con QUÉ COMPLEMENTÓ O REEMPLAZÓ principalmente la leche materna de (...)? - Leche de vaca pasteurizada..... 1 - Leche de vaca no pasteurizada..... 2 - Leche de tarro (fórmula)..... 3 - Otras leches..... 4 - Coladas, avenas.. 5 - Aguas aromáticas 6 - Sopas..... 7 - Otra, cuál?..... 8		¿Qué EDAD tenía (...) cuando empezó a darle alimentos sólidos o semisólidos? Todavía no consume alimentos sólidos o semisólidos = 88		¿Desde que amaneció ayer hasta que amaneció hoy (de 6:00 am a 6:00 am) cuántas veces (...) comió un alimento sólido o semisólido que no haya sido líquido? Todavía no consume alimentos sólidos o semisólidos = 88	
MESES		DÍAS		MESES		DÍAS		MESES		DÍAS		MESES		DÍAS									
22		23		24		25		26		27		28		29									
30		31		32		33																	
01															01								
02															02								
03															03								
04															04								
05															05								
06															06								
07															07								
08															08								
09															09								
10															10								
11															11								
12															12								

PRESENCIA DE ENFERMEDADES Y ACCESO A SERVICIOS

¿Durante LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS (...) tuvo DIARREA INICIADA en este período? SI1 NO 2 ➡ 45	¿Por la diarrea que tuvo (...) PRINCIPALMENTE que le DIO ? - Suero casero 1 - Suero oral 2 - Medicamentos 3 - Aguas de remedio 4 - Otro, cuál? 5 - Nada 6 ➡ 45	¿Por la diarrea que tuvo (...) QUIÉN le atendió la última vez ? - Curandero o hierbatero..... 1 - Enfermera o auxiliar..... 2 - Médico..... 3 - Boticario/Farmacéutico..... 4 - Otro, cuál? 5 - Usted mismo 6 ➡ 44	¿En qué TIEMPO BUSCÓ ATENCIÓN desde que apareció la diarrea de (...)? - Inmediatamente ... 1 - Menos de un día ... 2 - De uno a tres días . 3 - Más de tres días ... 4	¿Por la diarrea que tuvo (...) DÓNDE le atendieron la última vez ? ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS - Hospital MSP..... 1 - Hospital IESS..... 2 - Hospital de:FFAA/POLICIA..... 3 - Centro de Salud MSP 4 - Centro de Salud IESS..... 5 - Subcen. o Dispen. de Salud IESS..... 6 - Subcen. o Dispen. de Salud MSP..... 7 - Dispensarios Municipales y Prov..... 8 ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS - Hospital o Clínica /JBG/SOLCA..... 9 - Centro de Salud Privado 10 - Consultorio Particular 11 - Botica o Farmacia 12 - Casa o Domicilio 13 ➡ 43 - Otro, cuál? 14	¿ CÓMO TRASLADÓ a (...) al lugar donde le atendieron la última vez ? - Bus, taxi, camioneta de servicio público 1 - Vehículo de uso particular 2 - Ambulancia 3 - Caminando 4 - En animales 5 - En bicicleta 6 - En canoa/lancha/ gabarra 7 - Avión..... 8 - Avioneta..... 9 - Otro, cuál? 10	¿ CUÁNTO TIEMPO se demoró en TRASLADAR a (...) de la casa al lugar donde le atendieron la última vez ? HORAS MIN.	¿ CUÁNTO TIEMPO le tocó ESPERAR para que le atendieran a (...) la última vez ? HORAS MIN.	¿Cómo CALIFICARÍA al Establecimiento de Salud al que acudió para atención por el problema de diarrea que presentó (...): - Muy bueno?... 1 - Bueno? 2 - Regular?..... 3 - Malo? 4 - Pésimo? 5 - NS/NR?..... 6
34	35	36	37	38	39	40	41	42
01								01
02								02
03								03
04								04
05								05
06								06
07								07
08								08
09								09
10								10
11								11
12								12

SECCIÓN 3. SALUD PARTE B - PRESENCIA DE ENFERMEDADES - PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

PRESENCIA DE ENFERMEDADES Y ACCESO A SERVICIOS

¿Pagó por la CONSULTA o ATENCIÓN MÉDICA de (...): SI?...1 NO POR CONVENIO IESS?.2 NO PAGO?..... 3	¿Gastó en los MEDICAMENTOS de (...)? SI 1 NO 2 - Pagó todo? 1 - Pagó una parte y el resto fue gratis? 2 - Pagó y recuperó del Seguro Privado?..... 3 - Pagó un porcentaje (Seguro Privado)?..... 4 - Otra cuál?..... 5 CÓDIGO FOR. PAGO	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS (...) tuvo GRIPE, TOS, TOSFERINA LARINGITIS, FARINGITIS o algún otro problema respiratorio INICIADO en este período? SI 1 NO 2 → 56	¿Por el problema RESPIRATORIO que tuvo (...) PRINCIPALMENTE que le DIÓ? - Líquidos 1 - Medicamentos 2 - Remedios caseros .. 3 - Vaporizaciones/ nebulizaciones 4 - Otro, cuál? 5 - Nada 6 → 56	¿Por el problema RESPIRATORIO que tuvo (...) QUIÉN le atendió la última vez? - Curandero o hierbatero 1 - Enfermera o auxiliar 2 - Médico 3 - Boticario/Farmacéutico.... 4 - Otro, cuál? 5 - Usted mismo 6 → 56	¿En qué TIEMPO BUSCÓ ATENCIÓN desde que apareció el problema respiratorio (...)? - Inmediatamente 1 - Menos de un día ... 2 - De uno a tres días . 3 - Más de tres días 4	¿Por el problema respiratorio que tuvo (...) DÓNDE le atendieron la última vez? ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS - Hospital MSP..... 1 - Hospital IESS..... 2 - Hospital de:FFAA/POLICIA..... 3 - Centro de Salud MSP 4 - Centro de Salud IESS..... 5 - Subcen. o Dispen. de Salud IESS..... 6 - Subcen. o Dispen. de Salud MSP..... 7 - Dispensarios Municipales y Prov..... 8 ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS - Hospital o Clínica /JBG/SOLCA..... 9 - Centro de Salud Privado 10 - Consultorio Particular 11 - Botica o Farmacia 12 - Casa o Domicilio 13 → 54 - Otro, cuál? 14	¿CÓMO TRASLADÓ a (...) al lugar donde le atendieron la última vez? - Bus, taxi, camioneta del servicio público 1 - Vehículo de uso particular.. 2 - Ambulancia 3 - Caminando 4 - En animales 5 - En bicicleta 6 - En canoa/lancha/gabarra .. 7 - Avión..... 8 - Avioneta..... 9 - Otro, cuál? 10
---	--	--	---	---	--	--	---

	43	44	45	46	47	48	49	50	
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

SECCIÓN 3. SALUD PARTE B - PRESENCIA DE ENFERMEDADES - PARA NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

PARTE C - PRESENCIA DE ENFERMEDADES - PARA TODOS

PRESENCIA DE ENFERMEDADES Y ACCESO A SERVICIOS													
¿CUÁNTO TIEMPO demoró en TRASLADAR a (...) de la casa al lugar donde le atendieron la última vez?			¿CUÁNTO TIEMPO le tocó ESPERAR para que le atendieran a (...) la última vez?		¿Cómo CALIFICARÍA al Establecimiento de Salud al que acudió para atención por el problema respiratorio que presentó (...): - Muy bueno?..... 1 - Bueno? 2 - Regular?..... 3 - Malo? 4 - Pésimo? 5 - NS/NR?..... 6	¿Pagó por la CONSULTA o ATENCIÓN MÉDICA de (...): SI?1 NO POR CONVENIO IESS?.....2 NO PAGO?.....3	¿Gastó en los MEDICAMENTOS de (...)?		¿Durante el MES PASADO tuvo (...) alguna enfermedad diferente a la diarrea o infecciones respiratorias, como quemadura, dolor de muela, oído o algún otro malestar, aunque este haya sido pasajero?	¿Durante el MES PASADO (...) tuvo alguna enfermedad, accidente, quemadura, dolor de muela, oído o algún otro malestar, aunque este haya sido pasajero? (Excepto síntomas del embarazo)	¿CUÁL fue la enfermedad, malestar o dolor que sintió (...)?	¿CUÁNTO TIEMPO le duró o dura la (enfermedad Preg. 58) a (...) ? MAS DE UN AÑO = 88 SOLO HORAS = 00	
							CÓDIGO	FOR. PAGO					
HORAS		MINUTOS	HORAS		MINUTOS								
51			52			53		54		55		56	
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

SECCIÓN 3. SALUD PARTE C - PRESENCIA DE ENFERMEDADES - PARA TODAS LAS PERSONAS

PRESENCIA DE ENFERMEDADES Y ACCESO A SERVICIOS

¿Por la .. (enfermedad Preg.58) ... que tuvo el MES PASADO (...) dejó de asistir al trabajo, a las clases, o dejó de realizar sus actividades ordinarias? SI 1 NO 2 ¿Cuántos días? CÓD. NÚMERO		¿Por la .. (enfermedad Preg. 58) ... que tuvo (...): - Fue o llamó a un médico, enfermera, curandero?..... 1 - Fue a la farmacia para que lo receten?..... 2 → 64 - Se automedicó? 3 - Tomó o le dieron agua de remedio?..... 4 - No hizo nada? 5 - Otro, cuál? 6	¿Por QUÉ RAZÓN (...) no fue o no le llevaron a un médico, enfermera o curandero? - Caso leve 1 - No tuvo tiempo 2 - Centro de atención queda lejos 3 - Falta de dinero 4 - El servicio es malo 5 - Esta en tratamiento..... 6 - No hay especialista..... 7 - Otro, cuál? 8 → 72	¿Aunque (...) no estuvo enfermo durante el MES PASADO, SE HIZO CHEQUEAR por un médico, Psicólogo, dentista, enfermera, curandero, boticario o sobador? (Excepto control del embarazo) SI 1 NO 2 → 72	¿QUIÉN le atendió a (...) la última vez? - Médico 1 - Dentista 2 - Psicólogo..... 3 - Enfermera o auxiliar.... 4 - Curandero/hierbatero/ sobador..... 5 - Boticario /Farmacéutico 6 - Otro, cuál? 7	¿En DÓNDE tuvo lugar la atención o consulta de (...) la ÚLTIMA VEZ? ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS - Hospital MSP 1 - Hospital IESS..... 2 - Hospital de:FFAA/POLICIA..... 3 - Centro de Salud MSP 4 - Centro de Salud IESS..... 5 - Subcen. o Dispen. de Salud IESS..... 6 - Subcen. o Dispen. de Salud MSP..... 7 - Dispensarios Municipales y Prov..... 8 ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS - Hospital o Clínica /JBG/SOLCA..... 9 - Centro de Salud Privado 10 - Consultorio Particular 11 - Botica o Farmacia 12 - Casa o Domicilio 13 → 70 - Otro, cuál? 14	¿CÓMO TRASLADÓ a (...) al lugar donde le atendieron la última vez? - Bus, taxi, camioneta del servicio público 1 - Vehículo de uso particular 2 - Ambulancia 3 - Caminando 4 - En animales 5 - En bicicleta 6 - En canoa/lancha/ gabarra 7 - Avión..... 8 - Avioneta..... 9 - Otro, cuál? 10
60		61	62	63	64	65	66
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN 3. SALUD

PARTE C - PRESENCIA DE ENFERMEDADES - PARA TODAS LAS PERSONAS

PRESENCIA DE ENFERMEDADES Y ACCESO A SERVICIOS						SEGUROS		DESPARASITACIÓN		PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS											
¿CUÁNTO TIEMPO demoró en TRASLADAR a (...) de la casa al lugar donde le atendieron la última vez?		¿CUÁNTO TIEMPO le tocó ESPERAR para que le atendieran a (...) la última vez?		¿CALIFIQUE al Establecimiento de Salud al que acudió por la enfermedad o chequeo de (...): - Muy bueno?.....1 - Bueno?.....2 - Regular?.....3 - Malo?4 - Pésimo?.....5 - NS/NR?.....6		¿Pagó por la CONSULTA o ATENCIÓN MÉDICA de (...): SI 1 NO 2 SI?..... 1 NO POR CONVENIO IESS?.....2 NO PAGO?.....3		¿Gastó en los MEDICAMENTOS de (...): SI 1 NO 2 - Pagó todo? 1 - Pagó una parte y el resto fue gratis? 2 - Pagó y recuperó del Seguro Privado?..... 3 - Pagó un porcentaje (Seguro Privado)? 4 - Otra cuál?..... 5		¿Está (...) AFILIADO ó CUBIERTO por: - IESS, Seguro General?..... 1 - IESS, Seguro Voluntario?... 2 - IESS, Seguro Campesino?... 3 - Seguro ISSFA o ISSPOL?... 4 - Seguro de Salud Privado?... 5 - Seguro Comunitario?..... 6 - Ninguno? 7		¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de...a...) se DESPARASITÓ (...)? SI1 NO 2 → 74A		¿CUÁNTAS veces se ha DESPARASITADO (...)? - Una vez 1 - Dos veces ... 2 - Más de dos veces..... 3		USTED (...): - Tiene dificultad para ver, aunque sea con lentes?..... A - Tiene dificultad para oír, incluso si utiliza un audífono?..... B - Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?..... C - Tiene dificultad para recordar o concentrarse?..... D - Tiene dificultad para bañarse o vestirse ?..... E - Usando su lenguaje habitual, tiene dificultad para comunicarse es decir comprender o ser comprendido ?..... F NINGUNA DIFICULTAD.....1 ALGO DE DIFICULTAD.....2 MUCHA DIFICULTAD..... 3 NO PUEDE HACER NADA.....4 NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS P.79 DE 12 AÑOS Y MÁS P.75					
HOR	MIN	HOR	MIN	CÓDIGO	FOR. PAGO	CÓDIGO A	CÓDIGO B			A	B	C	D	E	F						
67		68		69		70		71		72		73		74	74A						
01																01					
02																02					
03																03					
04																04					
05																05					
06																06					
07																07					
08																08					
09																09					
10																10					
11																11					
12																12					

SECCIÓN 3. PARTE D -CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DEL VIH – SIDA-														PARTE E - ANTROPOMETRÍA - PARA TODAS LAS PERSONAS													
PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS														INFORMACIÓN ANTROPOMÉTRICA													
¿Ha oído USTED hablar alguna vez sobre la enfermedad llamada VIH/ SIDA? SI..... 1 NO..... 2 ➔ 79	¿Cree Usted que una persona de aspecto saludable pueda tener el virus del VIH/ SIDA? SI..... 1 NO..... 2 NO SABE ..3	¿Cree Usted que una persona puede CONTAGIARSE del VIH/ SIDA a través de: - Relaciones sexuales sin preservativo/condón?..... A - El uso de baños públicos?..... B - El uso de jeringas usadas? C - Por transfusiones sanguíneas? D - Por picaduras de mosquitos? E - Por compartir cubiertos con personas que viven con el VIH/SIDA?..... F - Por compartir el baño con personas que viven con el VIH/SIDA?..... G - Por estudiar o trabajar junto a una persona que tiene el VIH/SIDA?..... H SI.....1 NO..... 2 NO SABE ..3	¿Cree Usted que una forma de PREVENCIÓN para NO CONTRAER la enfermedad del VIH/ SIDA es : - Usando preservativo o condón?..... A - Teniendo una sola pareja sexual (fidelidad mutua)? ... B - No tener relaciones sexuales/ abstinencia?..... C SI.....1 NO... 2 N/S.. 3	Señor/a encuestador /a registre si realizó la medición del PESO y la TALLA de (...) SI .. .1 NO.. 2 ➔ 85	¿En que fecha NACIÓ (...)?	La fecha de la MEDICIÓN de (...)			El PESO de (...)	La LONGITUD de (...)	La TALLA de (...)	Registre la razón por la que no pudo tomar el PESO y la LONGITUD/ TALLA de (...)? - Ausente 1 - Enfermo permanente 2 - Enfermo temporal..... 3 - Rechazo..... 4 - Persona discapacitada... 5 - Otro, cuál? 6															
						DÍA	MES	AÑO					DÍA	MES	AÑO	KG	CENTÍ.	CENTÍ.									
75	76	77						78			79	80			81			82	83	84	85						
01																					01						
02																					02						
03																					03						
04																					04						
05																					05						
06																					06						
07																					07						
08																					08						
09																					09						
10																					10						
11																					11						
12																					12						

HÁBITOS Y PRÁCTICAS																							
¿Durante el MES PASADO, USTED practicó algún DEPORTE ó ACTIVIDAD FÍSICA? SI.....1 NO..... 2 → 3 ¿Cuántos días al mes? ¿Cuántas Horas al día?				¿En donde realizó USTED DEPORTE ó ACTIVIDAD FÍSICA: SI.....1 NO.... 2 - Vivienda?..... A - Gimnasio?..... B - Áreas verdes o espacios públicos?..... C - Establecimiento Educativo?.... D - Áreas verdes o espacios privados?..... E - Otro, cuál?..... F						¿FUMA USTED CIGARRILLOS? SI.....1 NO.... 2 → 6 - Diariamente?.. 1 - Ocasionalmente? 2		¿CUÁNTOS AÑOS lleva fumando? MENOS DE UN AÑO = 00	¿Durante la SEMANA PASADA, cuánto DINERO GASTÓ EN CIGARRILLOS? NO GASTÓ = 00	¿Durante la SEMANA PASADA, consumió USTED CERVEZA? SI.....1 NO..... 2 ¿Cuántos días? CONSUMO USO INEC GASTO						¿Durante el MES PASADO consumió USTED BEBIDAS ALCOHÓLICAS excepto cerveza? SI.....1 NO..... 2 → 9 ¿Cuántos días?		¿Durante el MES PASADO CUÁNTO DINERO gastó en bebidas alcohólicas excepto cerveza? NO GASTÓ = 00	
CÓD.	DÍAS	HORAS	A	B	C	D	E	F	CÓD.	FRECUENCIA	AÑOS	DÓLARES	CÓD.	DÍAS	CANT.	UN. MED.	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÍAS	DÓLARES		
1			2						3		4	5	6				7		8				
01																							
02																							
03																							
04																							
05																							
06																							
07																							
08																							
09																							
10																							
11																							
12																							

SECCIÓN 4.

- HÁBITOS, PRÁCTICAS Y USO DEL TIEMPO -

PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS

COMUNICACIONES				REDES SOCIALES EN INTERNET												TIC'S															
¿Tiene USTED TELÉFONO CELULAR ACTIVADO? SI.....1 NO..... 2 → 11				¿Gastó el MES PASADO por uso del TELÉFONO CELULAR? SI.....1 NO..... 2		¿Durante la SEMANA PASADA utilizó INTERNET? SI.....1 NO..... 2 MENOS DE UNA HORA = 00 → 15		¿Posee USTED cuenta en alguna red social? (Como: Facebook, Twitter, YouTube, etc.) SI..... 1 NO..... 2 → 15		¿Durante la SEMANA PASADA dedicó tiempo al uso de redes sociales? SI.....1 NO..... 2		¿Cuáles son las redes sociales que USTED utiliza: - Facebook?..... A - Twitter?..... B - Skype? C - WhatsApp? D - MySpace? E - Redes profesionales (Linkedin)?..... F - YouTube?..... G - Otra, cuál?..... H SI.....1 NO..... 2										¿UTILIZA USTED equipos tecnológicos tales como: - Computadora, laptop?..... A - Tablet/lpad?..... B - Teléfonos inteligentes (acceso a internet, redes sociales, etc.)?..... C - Reproductor (Ipod/MP3, etc.)?..... D - Otro, cuál? E SI..... 1 NO..... 2									
¿Cuántos Teléfonos?		¿Cuántas Líneas?		¿Cuánto gastó?		¿Cuántas horas a la semana?		¿Cuántos días a la semana?		¿Cuántas horas al día?																					
CÓD.	NÚMERO	NÚMERO	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	HORAS	CÓD.	DÍAS	HORAS	A	B	C	D	E	F	G	H	CÓD.	PRO.	CÓD.	PRO.	CÓD.	PRO.	CÓD.	PRO.	CÓD.	PRO.				
9		10		11		12		13		14								15													
01																															
02																															
03																															
04																															
05																															
06																															
07																															
08																															
09																															
10																															
11																															
12																															

USO DEL TIEMPO

¿PARTICIPA USTED en los quehaceres de su hogar tales, como: arreglar la casa, cuidar a los niños(as), ayudar en las tareas escolares, lavar y planchar la ropa, cocinar, cuidar enfermos o ancianos etc.? SI1 NO 2 → 25	¿Cuántas horas a la semana USTED dedica a realizar las siguientes actividades en su hogar:												En los últimos 15 días cuántas horas participó en:	
	ARREGLO DE CASA? (barrer, limpiar polvos, tender camas, etc.)?	COMPRAS en mercados, supermercados, etc.?	ARREGLO DE ROPA? (lavar, planchar, coser, arreglar)	PREPARACIÓN DE ALIMENTOS? (preparar desayuno, almuerzo, cena, etc.)	CUIDADO de niños, ancianos y enfermos?	CUIDADO de personas con discapacidad?	AYUDAR en tareas escolares?	TOTAL	DORMIR en el día y en la noche? (Incluye las siestas)	LEER, ESCUCHAR MÚSICA, VER TV, DESCANSAR SIN HACER NADA?	Realizar sus NECESIDADES PERSONALES como comer, bañarse, cepillarse los dientes, maquillarse y hacer sus necesidades biológicas?	TRASLADARSE a su trabajo, escuela, colegio, universidad, buscar un trabajo, iniciar un negocio, etc.(considere el tiempo de ida y vuelta)?	MINGAS o trabajo comunitario como presta manos en siembra, cosecha, producción, limpieza de áreas comunes, etc.?	TRABAJOS o ACTIVIDADES comunitarios de construcción escuelas, vías, sistemas de riego, canales, etc.?

	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
01																01
02																02
03																03
04																04
05																05
06																06
07																07
08																08
09																09
10																10
11																11
12																12

SECCIÓN 4.

- HÁBITOS, PRÁCTICAS Y USO DEL TIEMPO -

PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS

AHORRO DE AGUA				AHORRO DE ENERGÍA			CONCIENCIA AMBIENTAL												
¿Realiza USTED alguna práctica de ahorro de agua como: - Cerrar la llave mientras se cepilla los dientes?... A - Ducharse en menos de diez minutos?..... B - Cerrar la llave mientras enjabona los platos? ... C SI1 NO2 NO APLICA.....3				¿Realiza USTED alguna práctica de ahorro de energía eléctrica como: - Apagar los focos al salir de una habitación? A - Desconectar aparatos como cargador de celular, microondas, la televisión, etc. antes de dormir?..... B - Evitar introducir alimentos calientes en el refrigerador?..... C SI1 NO2 NO APLICA.....3			¿Le preocupa a USTED la situación del medio ambiente en su barrio o localidad: - Nada? 1 - Poco? 2 - Medianamente?..... 3 - Mucho? 4 - Excesivamente?..... 5			¿Ha detectado USTED en su barrio o localidad algún problema ambiental como: - Contaminación del aire?..... A - Contaminación del agua?..... B - Contaminación del suelo?..... C - Contaminación por basura?..... D - Contaminación por ruido?..... E SI1 NO2					¿Ha participado USTED en alguna actividad como: - Colaborar con alguna organización en defensa del medio ambiente?..... A - Participar en voluntariados ambientales?. B - Manifestarse contra alguna situación perjudicial para el medio ambiente?..... C - Denunciar personalmente algún problema ambiental que haya identificado?..... D SI1 NO2				
	A	B	C	A	B	C		A	B	C	D	E	A	B	C	D			
	31			32			33	34					35						
01																	01		
02																	02		
03																	03		
04																	04		
05																	05		
06																	06		
07																	07		
08																	08		
09																	09		
10																	10		
11																	11		
12																	12		

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN PARTE A - EDUCACIÓN INICIAL Y PREESCOLAR - PARA TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

MATRÍCULA		ESTABLECIMIENTO				GASTOS ANUALES								
¿En el presente año escolar (...) se MATRICULÓ O INSCRIBIÓ en: - Guardería, maternal o parvulario?..... 1 - Educación Inicial/Prekinder? 2 - 1ro. de Básica (Kinder o Jardín)?..... 3 No se matriculo o inscribió?..... 4 SIGUIENTE PERSONA	¿EI ESTABLECIMIENTO donde se matriculó o inscribió (...) es: - Fiscal o del Estado?..... 1 - Particular?..... 2 - Municipal?..... 3 - Fiscomisional?..... 4	¿En el ESTABLECIMIENTO donde se matriculó o inscribió (...), recibe de forma gratuita: - Desayuno Escolar?..... A - Almuerzo Escolar?..... B - Uniformes?..... C - Textos Escolares?..... D SI 1 NO 2				¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGO por la MATRÍCULA o inscripción de (...)?	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGÓ por CUOTA al Comité Central de Padres de Familia de (...)?	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGÓ por UNIFORMES de (...)?	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGÓ POR TEXTOS, LISTA DE ÚTILES escolares de (...)?					
			SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2	SI 1 NO 2								
			¿Cuánto?	¿Cuánto?	¿Cuánto?	¿Cuánto?								
		A	B	C	D	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	
1	2	3				4		5		6		7		
01														01
02														02
03														03
04														04
05														05
06														06
07														07
08														08
09														09
10														10
11														11
12														12

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN PARTE A - EDUCACIÓN INICIAL Y PREESCOLAR - PARA TODOS LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

GASTOS ANUALES			GASTOS MENSUALES								
¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGÓ por CUOTAS u OTROS CONCEPTOS referentes a la educación de (...)?			¿Durante el MES PASADO, PAGÓ por PENSIÓN ESCOLAR de (...)?		¿Durante el MES PASADO, PAGÓ O GASTÓ por MATERIAL ESCOLAR de (...)?		¿Durante el MES PASADO, PAGÓ por TRANSPORTE ESCOLAR de (...)?		¿Durante el MES PASADO, PAGÓ por SERVICIO DE ALIMENTACIÓN (LUNCH/ALMUERZO) en el ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO de (...)?		
SI1 NO2 ¿Cuánto?			SI1 NO2 ¿Cuánto?		SI1 NO2 ¿Cuánto?		SI1 NO2 ¿Cuánto?		SI1 NO2 SIGUIENTE PERSONA ¿Cuánto?		
CÓDIGO.	DÓLARES		CÓDIGO	DÓLARES	CÓDIGO.	DÓLARES	CÓDIGO.	DÓLARES	CÓDIGO.	DÓLARES	
8			9		10		11		12		
01											01
02											02
03											03
04											04
05											05
06											06
07											07
08											08
09											09
10											10
11											11
12											12

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN PARTE B - EDUCACIÓN ESCOLAR EN ADELANTE - PARA TODAS LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

IDIOMAS					MATRÍCULA	SISTEMA EDUCATIVO			
¿Qué IDIOMA o LENGUA habla (...) comúnmente? - Indígena 1 - Castellano/ Español..... 2 - Extranjero..... 3	¿Con quién o dónde APRENDIÓ (...) éste IDIOMA? - Con los padres..... 1 - Con los abuelos... 2 - Con las personas mayores de la comunidad..... 3 - En un Centro Educativo..... 4 - En el trabajo..... 5 - Otro, cuál?..... 6	¿Qué OTRO IDIOMA o LENGUA habla (...) además del indicado anteriormente? - Indígena 1 - Castellano/ Español..... 2 - Extranjero..... 3 - Ninguno..... 4 → 17	¿Con quién o dónde APRENDIÓ (...) éste OTRO IDIOMA? - Con los padres..... 1 - Con los abuelos..... 2 - Con las personas mayores de la comunidad..... 3 - En un Centro Educativo..... 4 - En el trabajo..... 5 - Otro, cuál?..... 6	¿Qué IDIOMA o LENGUA hablan o hablaban los PADRES de (...)? - Indígena..... 1 - Indígena y Castellano/Español.... 2 - Castellano/ Español..... 3 - Extranjero..... 4 - Extranjero y Castellano/Español.... 5 - Extranjero e Indígena..... 6	¿Se MATRICULÓ o INSCRIBIÓ (...) en el PRESENTE año escolar (.....-.....) en: - Centro de Alfabetización?..... 1 → 28 - Educación Inicial?2 → 22 - Educación Básica?3 → 20 - Educación Media o Bachillerato?..... 4 - Post bachillerato/ Super. no Univer.?..... 5 → 19 - Universidad? 6 → 27 - Post grado? 7 - No se matriculó ? 8 → 46	¿El ESTABLECIMIENTO donde estudia (...) es: - Técnico?..... 1 - Tecnológico?..... 2 - Pedagógico?..... 3 - Otro, cuál?..... 4 → 27	¿El ESTABLECIMIENTO donde se MATRICULÓ o INSCRIBIÓ (...) brinda la oportunidad de aprender y obtener un título en CARRERAS TÉCNICAS como Mecánica, Electricidad, etc., y / o CARRERAS ARTESANALES como Corte y Confección, Belleza, etc.? SI1 NO 2 → 22	¿Para realizar las prácticas en las carreras Técnicas y / o Artesanales, El ESTABLECIMIENTO dispone de MICROEMPRESA? SI1 NO 2	
13	14	15	16	17	18	19	20	21	
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN PARTE B - EDUCACIÓN ESCOLAR EN ADELANTE - PARA TODAS LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

BENEFICIOS SOCIALES					CUOTAS		ENSEÑANZA DEL IDIOMA	SERVICIOS Y EQUIPAMIENTO							ESTABLECIMIENTO			
¿En el ESTABLECIMIENTO donde se matriculó o inscribió (...), recibe o recibió de forma gratuita: - Desayuno Escolar?..... A - Almuerzo Escolar?..... B - Uniformes?..... C - Textos Escolares?..... D SI 1 NO 2					¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGÓ por CUOTA al Comité Central de Padres de Familia de (...)? SI1 NO2 ¿Cuánto?		¿El ESTABLECIMIENTO donde se matriculó o inscribió (...) dicta clases en: - Lengua Indígena? 1 - Lengua Indígena y Castellano/Español?..... 2 - Castellano/Español? 3 - Lengua Extranjera?..... 4 - Lengua Extranjera y Castellano/Español?..... 5 - Lengua Extranjera, Castellano/Español y Lengua Indígena?..... 6	En el ESTABLECIMIENTO dónde se matriculó o inscribió (...), ¿el servicio de (...) es : - Agua A - Luz B Permanente?..... 1 Irregular?..... 2 No tiene?..... 3	En el ESTABLECIMIENTO dónde se matriculó o inscribió (...), ¿el estado del equipamiento de (...) es : - Internet..... A - Biblioteca..... B - Aire Acondicionado..... C - Servicios Higiénicos..... D - Canchas Deportivas..... E - Servicio de Comedor..... F - Laboratorio de Computación..... G Bueno?..... 1 Malo?..... 3 Regular?.... 2 No tiene?..... 4							¿El ESTABLECI-MIENTO donde se matriculó o inscribió (...) es: - Fiscal o del Estado? 1 - Particular? 2 - Municipal? 3 - Fiscomisional?.... 4		
	A	B	C	D	CÓDIGO	DÓLARES		A	B	A	B	C	D	E	F	G		
	22				23		24	25		26							27	
01																	01	
02																	02	
03																	03	
04																	04	
05																	05	
06																	06	
07																	07	
08																	08	
09																	09	
10																	10	
11																	11	
12																	12	

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN PARTE B - EDUCACIÓN ESCOLAR EN ADELANTE - PARA TODAS LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

GRADO ó AÑO			MODALIDAD	JORNADA	TRANSPORTE		MOVILIDAD POR ESTUDIOS								
¿En qué grado, curso o año se MATRICULÓ (...) en el PRESENTE año escolar (...)? Incluyendo ésta, ¿cuántas veces se ha matriculado?			¿La MODALIDAD a la que asiste (...) es: - Presencial?..... 1 - Semipresencial?.... 2 - A distancia?..... 3 - Virtual?..... 4 → 38	¿La JORNADA a la que asiste (...) es: - La mañana? 1 - La tarde? 2 - La noche? 3 - Dos jornadas? 4 - Jornada Integral? .. 5	¿Cuánto TIEMPO se demora (...) en TRASLADARSE desde la casa al Establecimiento Educativo?	¿Principalmente CÓMO se TRASLADA (...), desde la casa al Establecimiento Educativo? - Bus, taxi, camioneta de servicio público 1 - En vehículo de uso particular 2 - En transporte escolar 3 - Camina 4 - En animales 5 - En bicicleta 6 - En canoa /gabarra o fibra..... 7	¿En qué ciudad está UBICADO el establecimiento donde estudia (...): Aquí, en ésta Ciudad o Parroquia Rural?..... 1 → Pase a 35 En otra Ciudad o Parroquia Rural?..... 2 → Registre: Provincia, Cantón y Parroquia En otro País?..... 3 → Registre: País								
							USO INEC <table><tr><td>CÓD.</td><td>PROVINCIA / PAÍS</td><td>CANTÓN</td><td>PARROQUIA</td><td>CÓD. PROV.</td><td>CÓD. CANTÓN</td><td>CÓD. PARR.</td></tr></table>								CÓD.
CÓD.	PROVINCIA / PAÍS	CANTÓN	PARROQUIA	CÓD. PROV.	CÓD. CANTÓN	CÓD. PARR.									
GRADO, CURSO ó AÑO			VECES	HORAS		MINUTOS	CÓD.	PROVINCIA / PAÍS	CANTÓN	PARROQUIA	CÓD. PROV.	CÓD. CANTÓN	CÓD. PARR.		
28			29	30	31		32	33							
01														01	
02														02	
03														03	
04														04	
05														05	
06														06	
07														07	
08														08	
09														09	
10														10	
11														11	
12														12	

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN PARTE B - EDUCACIÓN ESCOLAR EN ADELANTE - PARA TODAS LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

MOVILIDAD POR ESTUDIOS			INASISTENCIA		RETIRO / ABANDONO	GASTOS ANUALES							
¿Diariamente qué TIEMPO permanece (...) en el lugar mencionado?			¿Durante el ÚLTIMO MES DE CLASES (...) dejó de asistir algún día al Establecimiento Educativo?		¿Por qué RAZÓN dejó de asistir (...) en el ÚLTIMO MES de clases? - Enfermedad 1 - Labores domésticas..... 2 - Huelga o paro 3 - Trabajo 4 - No le interesa..... 5 - Mal clima 6 - Vacaciones 7 - Otra, cuál? 8 → 38 - Retiro / Abandono..... 9 → 37	¿Por qué RAZÓN abandonó (...) el ESTABLECIMIENTO donde se matriculó? - Enfermedad 1 - Labores domésticas..... 2 - Falta de dinero 3 - Trabajo 4 - No le interesa 5 - Malas calificaciones..... 6 - Problemas familiares..... 7 - Embarazo..... 8 - Por temor a los maestros?.... 9 - Otro, cuál? 10	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGÓ por la MATRÍCULA o inscripción de (...)? SI1 NO2 → ¿Cuánto?		¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGÓ por UNIFORMES de (...)? SI1 NO2 → ¿Cuánto?		¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGÓ por TEXTOS, LISTA DE ÚTILES escolares de (...)? SI1 NO2 → ¿Cuánto?		
							CÓDIGO	DÓLARES	CÓDIGO	DÓLARES	CÓDIGO	DÓLARES	
34			35		36	37	38		39		40		
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN

PARTE B - EDUCACIÓN ESCOLAR EN ADELANTE -

PARA TODAS LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

GASTOS ANUALES			GASTOS MENSUALES						RAZÓN DE NO MATRÍCULA			
¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...), PAGÓ por CUOTAS u OTROS CONCEPTOS referentes a la educación de (...)? SI1 NO2 ¿Cuánto?			¿Durante el MES PASADO, PAGÓ por PENSIÓN ESCOLAR de (...)? SI1 NO2 ¿Cuánto?		¿Durante el MES PASADO, PAGÓ por MATERIAL ESCOLAR de (...)? SI1 NO2 ¿Cuánto?		¿Durante el MES PASADO, PAGÓ por TRANSPORTE ESCOLAR de (...)? SI1 NO2 ¿Cuánto?		¿Durante el MES PASADO, PAGÓ por SERVICIO DE ALIMENTACIÓN en el Establecimiento Educativo de (...)? SI1 NO2 → 47 ¿Cuánto?		¿Por qué RAZÓN no se MATRICULÓ (...) en el PRESENTE año escolar? - Edad 1 - Falta de dinero..... 2 - Trabajo 3 - Labores domésticas 4 - Terminó estudios..... 5 - No le interesa 6 - Enfermedad 7 - Embarazo 8 - Discapacidad..... 9 - Asiste a cursos de nivelación..... 10 - No aprobó las pruebas de ingreso o no le interesa la especialidad..... 11 - Otro, cuál? 12	
CÓDIGO	DÓLARES		CÓDIGO	DÓLARES	CÓDIGO	DÓLARES	CÓDIGO	DÓLARES	CÓDIGO	DÓLARES		
	41			42		43		44		45	46	
01											01	
02											02	
03											03	
04											04	
05											05	
06											06	
07											07	
08											08	
09											09	
10											10	
11											11	
12											12	

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN PARTE B - EDUCACIÓN ESCOLAR EN ADELANTE - PARA TODAS LAS PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS

NIVEL EDUCATIVO		DOCUMENTO		ALFABETISMO	OBSERVACIONES	
¿Cuál es el nivel de instrucción y año más alto que aprobó (...)?		¿(...) obtuvo algún CERTIFICADO, DIPLOMA o TÍTULO por todos sus años de estudio?		¿Sabe (...) leer y escribir?		
- Ninguno 1 → 51 - Alfabetización 2 - Educación inicial..... 3 - Jardín de Infantes..... 4 - Educación Básica..... 5 - Primaria..... 6 - Educación Media o Bachillerato..... 7 - Secundaria..... 8 - Post Bachillerato/Superior No Universitario.... 9 - Superior 10 - Postgrado 11		SI1 NO 2 → 51		- Certificado de Alfabetización 1 - Certificado de Preprimaria 2 - Certificado de Primaria 3 - Certificado de Educación Básica..... 4 - Título de Maestro Artesano..... 5 - Título de Práctico 6 - Título de Bachiller Técnico 7 - Título de Bachiller en Ciencias 8 - Título de Post bachillerato..... 9 - Certificado de Egresado Universitario..... 10 - Título Universitario 11 - Título Postgrado 12 → Pase a Parte C	SI1 NO 2 MENOR DE 10 AÑOS SIGUIENTE PERSONA	
NIVEL	AÑOS					
47	48	49	50	51		
01					01	
02					02	
03					03	
04					04	
05					05	
06					06	
07					07	
08					08	
09					09	
10					10	
11					11	
12					12	

SECCIÓN 5. EDUCACIÓN PARTE C - CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO - PARA TODAS LAS PERSONAS DE 10 AÑOS Y MÁS

CURSOS		TIPO DE CURSO		REQUISITO ACADÉMICO	DURACIÓN	INSTITUCIÓN	DOCUMENTO	BENEFICIOS	GASTO	
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de....a...) (...) asistió o está asistiendo a CURSOS DE CAPACITACIÓN para:		Describa brevemente el ÚLTIMO CURSO al que asistió o está asistiendo (...)?		¿ EL REQUISITO DE ESTUDIOS que le pidieron a (...) para asistir al curso de (Preg.53) fue:	¿ CUÁNTAS HORAS duró o dura el curso de (Preg.53) al que asistió o está asistiendo(...)?	¿En qué INSTITUCIÓN o EMPRESA recibió o está recibiendo el curso de (Preg.53)(...)?	¿Qué clase de DOCUMENTO le entregaron luego del curso de (Preg. 53) al que asistió (...)?	¿Cuál fue el PRINCIPAL BENEFICIO que obtuvo (...) del curso de (Preg.53)?	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de...a...) , PAGÓ algún dinero por el (los) curso (s) de capacitación que asistió o está asistiendo (...)?	
Mejorar en su trabajo, Incrementar sus ingresos, Conseguir trabajo, Crear su propia empresa o negocio?..... 1 - Hobby/distracción/estudio/ otros ?..... 2 - No Asistió?..... 3 PASE A SECCIÓN 6		- Artesanías y manualidades 1 - Textiles y confecciones 2 - Cosmetología y belleza, gimnasia y salud..... 3 - Gastronomía/cocina..... 4 - Idiomas 5 - Agropec/producción de alimentos... 6 - Cursos para docentes 7 - Mecánica/metalmecánica, electrónica 8 - Computación..... 9 - Conducción 10 - Administrativos/financieros 11 - Turismo y recreación 12 - Telefonía y telecomunicaciones 13 - Carpintería/ebanistería 14 - Construcción/electric/fontanería..... 15 - Otro, cuál? 16							- Primaria ?..... 1 - Ciclo básica?..... 2 - Bachillerato ?..... 3 - Egresamiento?..... 4 - Título académico? ..5 - Ninguno ?..... 6 - OtroCuál?..... 7	Menos de 1 Hora = 00
COD.	NÚMERO	DESCRIPCIÓN	CÓD.		HORAS				CÓD.	DÓLARES
52		53		54	55	56	57	58	59	
01										01
02										02
03										03
04										04
05										05
06										06
07										07
08										08
09										09
10										10
11										11
12										12

LUGAR DE NACIMIENTO								RESIDENCIA ANTERIOR							RAZÓN DE MIGRACIÓN													
¿En dónde NACIÓ (...)? - Aquí..... 1 (En esta Ciudad o Parroquia Rural) - En otro lugar del País..... 2 (Registre: Provincia, Cantón y Parroquia) - En otro País..... 3 (Registre: PAÍS en la columna PROVINCIA) ¿Cuál? <table><thead><tr><th>CÓD.</th><th>PROVINCIA/ PAÍS</th><th>CANTÓN</th><th>PARROQUIA</th><th>CÓD. PROV.</th><th>CÓD. CANT.</th><th>CÓD. PARR.</th></tr></thead></table>								CÓD.	PROVINCIA/ PAÍS	CANTÓN	PARROQUIA	CÓD. PROV.	CÓD. CANT.	CÓD. PARR.	¿HACE CUÁNTO TIEMPO vive (...) habitualmente aquí? (Lugar de la Entrevista) 10 años o más Pase a Sección 7 Menos de 1 año = 00	¿El LUGAR dónde vivía habitualmente (...) inmediatamente antes de venir a vivir aquí era: - En otro lugar del País?..... 1 (Registre: Provincia, Cantón y Parroquia) - En otro País?..... 2 (Registre: PAÍS en la columna PROVINCIA) ¿Cuál? <table><thead><tr><th>CÓD.</th><th>PROVINCIA/ PAÍS</th><th>CANTÓN</th><th>PARROQUIA</th><th>CÓD. PROV.</th><th>CÓD. CANT.</th><th>CÓD. PARR.</th></tr></thead></table>					CÓD.	PROVINCIA/ PAÍS	CANTÓN	PARROQUIA	CÓD. PROV.	CÓD. CANT.	CÓD. PARR.	¿Cuál es la RAZÓN PRINCIPAL por la que (...) se vino a vivir a este lugar? - Trabajo 1 - Para mejorar los ingresos. 2 - Matrimonio 3 - Estudio 4 - Salud o enfermedad 5 - Compró o le dieron casa/ terreno 6 - Seguridad personal o familiar 7 - Se vino con la familia 8 - Motivos personales / familiares 9 - Otro, cuál? 10
CÓD.	PROVINCIA/ PAÍS	CANTÓN	PARROQUIA	CÓD. PROV.	CÓD. CANT.	CÓD. PARR.																						
CÓD.	PROVINCIA/ PAÍS	CANTÓN	PARROQUIA	CÓD. PROV.	CÓD. CANT.	CÓD. PARR.																						
1								2	3							4												
01																01												
02																02												
03																03												
04																04												
05																05												
06																06												
07																07												
08																08												
09																09												
10																10												
11																11												
12																12												

ACTIVIDADES DE TRABAJO

BÚSQUEDA DE TRABAJO E INACTIVIDAD

¿Qué hizo (...) la SEMANA PASADA: Trabajó al menos una hora? 1 → 14 No trabajó? ... 2	¿Realizó (...) la SEMANA PASADA alguna ACTIVIDAD dentro o fuera de su casa para ayudar al mantenimiento del hogar, tal como: - Atender negocio propio?..... 1 - Fabricar algún producto?..... 2 - Hacer algo en casa por un ingreso?..... 3 - Brindar algún servicio?..... 4 - Ayudar en algún negocio o actividad familiar? 5 - Ayudar en el trabajo de algún familiar?..... 6 - Como aprendiz remunerado en dinero o en especie?..... 7 - Labores agrícolas o cuidado de Animales, pesca?..... 8 - Estudiante que realizó algún trabajo?..... 9 - Trabajar para otra familia?..... 10 - Otra actividad por un ingreso?..... 11 - No realizó ninguna actividad?..... 12 14 3	¿Aunque (...) no haya trabajado la semana pasada, tiene algún TRABAJO O NEGOCIO al cual seguro va a volver? SI.....1 NO..... 2 → 5	¿Por qué RAZÓN (...) no trabajó la semana pasada? - Vacaciones o días feriados..... 1 - Enfermedad o accidente..... 2 - Huelga o paro..... 3 - Licencia con sueldo..... 4 - Licencia sin sueldo..... 5 - Suspensión temporal del trabajo.... 6 - Otro, cuál?..... 7 14	¿Durante las últimas cuatro semanas (...) hizo ALGUNA GESTIÓN para buscar trabajo tal como: - Acudir a sitios de contratación temporal?..... 1 - Hablar con amigos o parientes?..... 2 - Buscar en la prensa o radio?..... 3 - Acudir a agencias de empleo?..... 4 - Tratar de establecer su propio taller, empresa o negocio?..... 5 - Asistir a entrevistas?..... 6 - Colocar carteles o propagandas en tiendas o negocios?..... 7 - Buscar por Internet?..... 8 - Enviar o presentar hojas de vida (carpeta)?..... 9 - Otra gestión?..... 10 - No realizó ninguna gestión para buscar trabajo. 11 8	¿Hace CUÁNTO tiempo busca trabajo (...)? No. Semanas
---	--	---	---	---	---

	1	2	3	4	5	6	
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

BÚSQUEDA DE TRABAJO E INACTIVIDAD

¿Ha buscado (...) TRABAJO en el sector:	¿Por qué razón NO BUSCÓ trabajo (...):	¿(...) está DISPONIBLE para trabajar?	¿(...) es:	¿TRABAJÓ (...) anteriormente?	¿Por qué motivos DEJÓ de trabajar (...)?	¿Hace cuánto TIEMPO (...) no trabaja?
- Agropecuario?..... 1 - No Agropecuario?..... 2 - En ambos?..... 3 → 11	- Tiene un trabajo esporádico u ocasional?..... 1 - Tiene un trabajo para empezar inmediatamente?..... 2 - Espera respuesta a una gestión para empresa o negocio propio?..... 3 - Espera respuesta de un empleador u otras gestiones para conseguir empleo?..... 4 - Espera cosecha o temporada de trabajo?... 5 - Piensa que no le darán trabajo o se cansó de buscar?..... 6 - No cree poder encontrar?..... 7 - No tiene necesidad o deseos de trabajar?.. 8 - No tiene tiempo?..... 9 - Su cónyuge o su familia no le permiten?.... 10 - Está enfermo/ incapacitado?.....11 - No está en edad de trabajar?.....12 → 9 → 10	SI 1 → 11 NO 2	- Rentista?..... 1 - Jubilado?..... 2 - Pensionado?..... 3 - Estudiante?..... 4 - Ama de casa?..... 5 - Incapacitado para trabajar?..... 6 - Otro, cuál?..... 7 → 80	SI 1 NO 2 → 80	- Liquidación de la empresa..... 1 - Despido intempestivo..... 2 - Renuncia voluntaria..... 3 - Supresión de partidas del sector público..... 4 - Terminación de contrato..... 5 - Le fue mal en el negocio..... 6 - Se terminó ciclo agrícola o temporada de trabajo..... 7 - Se jubiló o le pensionaron..... 8 - Otro, cuál?..... 9	Pase a Preg. 80 No. Semanas
7	8	9	10	11	12	13
01						01
02						02
03						03
04						04
05						05
06						06
07						07
08						08
09						09
10						10
11						11
12						12

SECCIÓN 7. ACTIVIDADES ECONÓMICAS

PARTE B

- PRIMER TRABAJO DE LA SEMANA PASADA -

PARTICIPACIÓN		OCUPACIÓN		RAMA DE ACTIVIDAD			
¿Usted es SOCIO de alguna: - Cooperativa de producción Artesanal o agropecuaria?..... 1 - Asociación de producción Artesanal o agropecuaria?..... 2 - Organización de base comunitaria?..... 3 - Ninguna?..... 4		¿Cuál fue la ocupación u oficio que tuvo (...) la SEMANA PASADA (o la ÚLTIMA SEMANA QUE TRABAJÓ)?. Si tuvo más de una, dígame la ocupación a la que dedicó MÁS HORAS de trabajo a la semana?		¿A qué se dedica o qué hace el Negocio, Empresa, Institución o Finca donde trabaja o trabajó (...) como (OCUPACIÓN Preg. 15)?		¿Nombre de la empresa o institución?	
		USO INEC		USO INEC			
		CÓDIGO		CÓDIGO			
14		15		16			
01							01
02							02
03							03
04							04
05							05
06							06
07							07
08							08
09							09
10							10
11							11
12							12

SECCIÓN 7.

ACTIVIDADES ECONÓMICAS

PARTE B

- PRIMER TRABAJO DE LA SEMANA PASADA -

TIEMPO DE TRABAJO						TAMAÑO ESTABLECIMIENTO		POSICIÓN OCUPACIONAL		INGRESOS INDEPENDIENTES									
¿Desde hace cuánto tiempo trabaja (...) como (OCUPACIÓN Preg. 15)?		¿Cuántos meses trabajó (...) como (OCUPACIÓN Preg. 15) durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de....a.....)?		¿Cuántos días trabajó (...) la SEMANA PASADA o la ÚLTIMA SEMANA que trabajó como (OCUPACIÓN Preg.15)?		¿Cuántas horas efectivas AL DÍA trabajó (...) la SEMANA PASADA o la ÚLTIMA SEMANA que trabajó como (OCUPACIÓN Preg. 15)?		¿Cuántas personas trabajan usualmente en el negocio o empresa?		¿En la ocupación, tarea o labor de (OCUPACIÓN Preg. 15) (...) trabajó como: NO AGROPECUARIAS - Empleado/ Obrero de Gobierno? 1 - Empleado/ Obrero Privado? 2 - Jornalero o Peón?..... 3 - Patrono?..... 4 - Socio?..... 5 - Cuenta propia?..... 6 - Trabajador del hogar sin pago?..... 7 - Trabajador no del hogar sin pago?..... 8 AGROPECUARIAS - Empleado/ Obrero de Gobierno? 9 - Trabajador agropecuario a sueldo/ salario? 10 - Jornalero/ Peón agropecuario? 11 - Patrón de la finca?..... 12 - Socio de una finca?..... 13 - Trabajador Agropecuario por cuenta propia?..... 14 - Ayudante agropecuario del hogar sin pago?..... 15 - Ayudante agropecuario no del hogar sin pago?... 16 - Empleado (a) doméstico (a)?..... 17		¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, (de... a...) cuál fue su último INGRESO o GANANCIA NETA que tuvo (...) como (OCUPACIÓN Preg. 15) y cada cuánto lo obtiene?		¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, (de.....a.....) con que FRECUENCIA tomó de su producción o negocio los productos para el consumo del hogar y en cuánto estima el valor?					
												REGISTRE CEROS (00) SI NO RECIBE INGRESOS EN DINERO		REGISTRE CEROS (00) SI NO TOMO O RETIRO DE SU NEGOCIO					
MENOS DE 1 MES = 00		MENOS DE 1 MES = 00		Menos de 100.. 1 100 y más..... 2		CÓD.		¿CUÁNTAS?		DÓLARES		FRE.		DÓLARES		FRE.			
AÑOS		MESES		MESES		DÍAS		HORAS		CÓD.		¿CUÁNTAS?		22		23		24	
01																		01	
02																		02	
03																		03	
04																		04	
05																		05	
06																		06	
07																		07	
08																		08	
09																		09	
10																		10	
11																		11	
12																		12	

SECCIÓN 7. ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARTE B PRIMER TRABAJO DE LA SEMANA PASADA - ASALARIADOS E INDEPENDIENTES-

SALARIO/ JORNAL		CONTRATO DE TRABAJO		ORGANIZACIÓN		INGRESO/ ANIVERSARIO		SEGUROS		JORNADA		BENEFICIOS DEL TRABAJO Y PRESTACIONES SOCIALES									
¿Cuál fue el último SALARIO o JORNAL que le pagaron a (...) como (OCUPACIÓN Preg. 15) y cada cuánto lo recibe? FRECUENCIA - Día 1 - Semana 2 - Quincena 3 - Mes 4 REGISTRE CEROS (00) SI NO RECIBE INGRESO EN DINERO → 43		¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) tiene: - Contrato escrito de trabajo?..... 1 - Nombramiento?.. 2 - No tiene contrato ni nombramiento?.... 3 → 28		¿El contrato escrito de trabajo de (...) es: - Indefinido/ permanente?.. 1 - A prueba?..... 2 - Por horas?..... 3 - A término fijo?..... 4 → 30 ¿De cuántos meses?		¿En la Empresa, Negocio, Institución u Organismo donde (...) trabaja de (OCUPACIÓN Preg.15), existe Sindicato, Comité de Empresa o Asociación de Empleados? SI 1 NO 2		¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe dinero por ANIVERSARIO de la Empresa, Negocio, Institución u Organismo donde trabaja? SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibió durante los últimos 12 meses?		¿Por la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe: - Seguro de Vida? A - Seguro de Accidentes? ... B SI 1 NO 2		¿La jornada habitual de trabajo que tiene (...) como (OCUPACIÓN Preg. 15), es: - De día (mañana/tarde)?... 1 - De noche?..... 2 - De otro tipo (rotativo, día y noche)?..... 3		¿Por la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe: - Bono Vacacional?..... A - Bono o aguinaldo de Navidad?..... B - Utilidades?..... C SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibió durante los últimos 12 meses? A B C CÓD. DÓLARES CÓD. DÓLARES CÓD. DÓLARES							
DÓLARES FRE.		CÓD. MESES		CÓD.		CÓD. DÓLARES		A B				CÓD. DÓLARES									
25		26		27		28		29		30		31		32		33					
01																		01			
02																		02			
03																		03			
04																		04			
05																		05			
06																		06			
07																		07			
08																		08			
09																		09			
10																		10			
11																		11			
12																		12			

SECCIÓN 7.

ACTIVIDADES ECONÓMICAS

PARTE B

PRIMER TRABAJO DE LA SEMANA PASADA - ASALARIADOS E INDEPENDIENTES

BENEFICIOS DEL TRABAJO Y PRESTACIONES SOCIALES						INGRESOS DE LOS ASALARIADOS									
¿Por la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe: - Vacaciones?..... A - Cursos de Capacitación?..... B SI 1 NO 2		¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe SERVICIO DE GUARDERÍA, INSTALACIONES DEPORTIVAS y/o RECREATIVAS? SI 1 NO 2 ¿Si tuviera que pagar por estos servicios, cuánto gastaría al mes?		¿Por la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe: - Seguro Social?..... A - Seguro Médico Privado?..... B SI 1 NO 2		¿El mes pasado, cuál fue el SUELDO o SALARIO MENSUAL TOTAL, antes de descuentos, que recibió (...) por trabajar como (OCUPACIÓN Preg.15)? REGISTRE CEROS (00) SI NO RECIBE INGRESOS EN DINERO		¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe dinero o tiene derecho al pago del DÉCIMO TERCER sueldo? SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibió durante los últimos 12 meses?		¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe dinero o tiene derecho al pago del DÉCIMO CUARTO sueldo? SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibió durante los últimos 12 meses?		¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe dinero por trabajar HORAS EXTRAS? SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibe en promedio al mes?		¿El mes pasado, por su ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibió dinero por FONDOS DE RESERVA? SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibió?	
	A	B	CÓD.	DÓLARES	A	B	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES
	34			35	36		37		38		39		40		41
01															01
02															02
03															03
04															04
05															05
06															06
07															07
08															08
09															09
10															10
11															11
12															12

SECCIÓN 7. ACTIVIDADES ECONÓMICAS PARTE B PRIMER TRABAJO DE LA SEMANA PASADA - ASALARIADOS E INDEPENDIENTES

INGRESOS DE LOS ASALARIADOS			ALIMENTOS			VIVIENDA		VESTIDO			TRANSPORTE		SITIO DE TRABAJO	
¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibe dinero por COMISIONES y/ o PROPINAS? SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibe en promedio al mes?			¿El mes pasado, en la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibió ALIMENTOS como parte de pago o beneficio por su trabajo? FRECUENCIA - Día 1 - Semana 2 - Quincena 3 - Mes 4 SI 1 NO 2 ¿Cuánto valen y cada cuánto recibe?			¿El mes pasado, en la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibió VIVIENDA como parte de pago o beneficio por su trabajo? SI 1 NO 2 ¿Si tuviera que pagar por la vivienda, cuánto pagaría al mes?		¿Durante los últimos 12 meses de... a... en la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), (...) recibió ROPA DE TRABAJO, UNIFORMES u OTRAS PRENDAS DE VESTIR como parte de pago o beneficio por su trabajo? SI 1 NO 2 ¿Cuánto valen las prendas de vestir que recibió la última vez y cuántas veces al año recibe?			¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 15), para ir al trabajo (...) recibe: - Subsidio de Transporte?..... 1 - Transporte Gratuito?..... 2 - No recibió?..... 3 ¿Si tuviera que pagar por el transporte, cuánto gastaría al mes?		¿En cuál de los siguientes sitios o lugares trabaja (...) como (OCUPACIÓN Preg. 15) : - Local de una empresa o del patrono?... 1 - Una obra en construcción?..... 2 - Se desplaza?..... 3 - Al descubierto en la calle?..... 4 - Kiosko en la calle?..... 5 - Local propio o arrendado?..... 6 - Local de cooperativa u asociación?.... 7 - Vivienda distinta a la suya?..... 8 - Su vivienda?..... 9 - Su finca o terreno?..... 10 - Fincas o terrenos ajenos?..... 11 - Fincas, terrenos o establecimientos comunales?..... 12	
CÓD.	DÓLARES		CÓD.	DÓLARES	FRE.	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	VEC.	CÓD.	DÓLARES		
42			43			44		45			46		47	
01													01	
02													02	
03													03	
04													04	
05													05	
06													06	
07													07	
08													08	
09													09	
10													10	
11													11	
12													12	

SECCIÓN 7. - ACTIVIDADES ECONÓMICAS - PARTE C MOVILIDAD

LUGAR DE TRABAJO								TIEMPO Y FORMA DE TRASLADO													
¿En qué ciudad esta ubicado el LUGAR DE TRABAJO de (...): Aquí, en ésta Ciudad o Parroquia Rural?..... 1 → Pase a 50 En otra Ciudad o Parroquia Rural?..... 2 → Registre: Provincia, Cantón y Parroquia En otro País?..... 3 → Registre: País								¿Qué TIEMPO permanece (...) en la Ciudad, Parroquia o País donde trabaja: - Horas ?.....1 - Días?2		¿Cuánto tiempo tarda normalmente en TRASLADARSE desde su Hogar hasta el lugar de Trabajo? En el caso de no trasladarse registre 00 en horas y minutos y pase a la P. 54		¿Cómo se TRASLADA habitualmente a su lugar de trabajo: - Auto propio?..... 1 - Moto propia? 2 - Bus, taxi, camioneta del servicio público? ... 3 - Vehículo de uso particular?..... 4 - Transporte de trabajo?. 5 - Caminando? 6 - En animales? 7 - En bicicleta?..... 8 - En canoa/lancha/gabarra?..... 9 - Avión?..... 10 - Avioneta?..... 11 - Otro, cuál? 12				¿En el trayecto desde su casa al establecimiento de trabajo y/o viceversa, ¿lleva en su vehículo a otras personas? (vecinos, compañeros de trabajo, etc.): - Nunca?..... 1 - A veces?..... 2 - Frecuentemente?.. 3 - Siempre?..... 4		¿En su VEHÍCULO: - Al conducir, mantiene la velocidad constante por debajo del límite de velocidad para disminuir el consumo de combustible?..... A - Realizó en el último año un chequeo del motor?..... B - Mantiene inflados y alineados los neumáticos de acuerdo a las recomendaciones del fabricante?..... C SI 1 NO ... 2			
	CÓD.	PROVINCIA/PAÍS	CANTÓN	PARROQUIA	USO INEC			CÓD.	¿CUÁNTO?	HORAS	MINUTOS										
	48							49		50		51		52		53					
01																	01				
02																	02				
03																	03				
04																	04				
05																	05				
06																	06				
07																	07				
08																	08				
09																	09				
10																	10				
11																	11				
12																	12				

OTRO TRABAJO			OCUPACIÓN		RAMA DE ACTIVIDAD			
¿Además de trabajar de (OCUPACIÓN Preg. 15), tuvo (...) OTRO TRABAJO durante la SEMANA PASADA (o la ÚLTIMA SEMANA QUE TRABAJÓ); ya sea por su cuenta o por un sueldo, salario o jornal o ayudando en un negocio o ayudando en una finca o como aprendiz remunerado? SI 1 NO 2 ➔ 73			¿Cuál fue la ocupación u oficio que tuvo (...) la SEMANA PASADA (o la ÚLTIMA SEMANA QUE TRABAJÓ)?, dígame la ocupación a la que dedicó MENOS HORAS de trabajo en relación a la ocupación del primer trabajo (OCUPACIÓN Preg. 15)?		¿A qué se dedica o qué hace el Negocio, Empresa, Institución o Finca donde trabaja (...) como (OCUPACIÓN Preg. 55)?		¿Nombre de la Empresa o Institución?	
			USO INEC		USO INEC			
CÓD.			CÓDIGO		CÓDIGO			
54			55		56			
01								01
02								02
03								03
04								04
05								05
06								06
07								07
08								08
09								09
10								10
11								11
12								12

SECCIÓN 7. ACTIVIDADES ECONÓMICAS

PARTE D

- SEGUNDO TRABAJO DE LA SEMANA PASADA - (Continuación)

TIEMPO DE TRABAJO					TAMAÑO ESTABLECIMIENTO		POSICIÓN OCUPACIONAL		INGRESOS INDEPENDIENTES				
¿Desde hace cuánto tiempo trabaja (...) como (OCUPACIÓN Preg. 55)?		¿Cuántos meses trabajó (...) como (OCUPACIÓN Preg. 55) durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....)?		¿Cuántos días trabajó (...) la SEMANA PASADA como (OCUPACIÓN Preg.55)?	¿Cuántas horas efectivas AL DÍA trabajó (...) la SEMANA PASADA como (OCUPACIÓN Preg. 55)?	¿Cuántas personas trabajan usualmente en el negocio o empresa?	¿En la ocupación, tarea o labor de ..(OCUPACIÓN Preg. 55) (...) trabajó como:	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, (de... a...) cuál fue su último INGRESO o GANANCIA NETA que tuvo (...) como (OCUPACIÓN Preg. 55) y cada cuánto lo obtiene?	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, (de... a...) con qué FRECUENCIA toma de su producción o negocio los productos para el consumo del hogar y en cuánto estima el valor?				
MENOS DE 1 MES = 00		MENOS DE 1 MES = 00				Menos de 100. 1 100 y más..... 2	NO AGROPECUARIAS - Empleado/ Obrero de Gobierno? 1 - Empleado/ Obrero Privado? 2 - Jornalero o Peón?..... 3 - Patrono?..... 4 - Socio?..... 5 - Cuenta propia?..... 6 - Trabajador del hogar sin pago?..... 7 - Trabajador no del hogar sin pago?..... 8 AGROPECUARIAS - Empleado/ Obrero de Gobierno? 9 - Trabajador agropecuario a sueldo/ salario? 10 - Jornalero/ Peón agropecuario? 11 - Patrón de la finca?..... 12 - Socio de una finca?..... 13 - Trabajador Agropecuario por cuenta propia?..... 14 - Ayudante agropecuario del hogar sin pago?..... 15 - Ayudante agropecuario no del hogar sin pago?... 16 - Empleado (a) doméstico (a)?..... 17 FRECUENCIA - Día 1 - Semana 2 - Quincena 3 - Mes 4 - Trimestre 5 - Semestre 6 - Año 7 REGISTRE CEROS (00) SI NO RECIBE INGRESOS EN DINERO VALORE A PRECIO DE MERCADO REGISTRE CEROS (00) SI NO TOMO O RETIRO DE SU NEGOCIO	DÓLARES		FRE.	FRE.	DÓLARES	
AÑOS		MESES	MESES	DÍAS	HORAS	CÓDIGO	¿CUÁNTAS?	62		63		64	
01													01
02													02
03													03
04													04
05													05
06													06
07													07
08													08
09													09
10													10
11													11
12													12

SALARIO/ JORNAL			INGRESOS DE LOS ASALARIADOS										SITIO DE TRABAJO				
¿Cuál fue el último SALARIO o JORNAL que le pagaron a (...) como (OCUPACIÓN Preg. 55) y cada cuánto lo recibe? FRECUENCIA - Día 1 - Semana 2 - Quincena 3 - Mes 4 ANOTE CEROS (00) SI NO RECIBE INGRESO EN DINERO 71			¿El mes pasado, cuál fue el SUELDO o SALARIO MENSUAL TOTAL, antes de descuentos, que recibió (...) por trabajar como (OCUPACIÓN Preg. 55)? ANOTE CEROS (00) SI NO RECIBE INGRESOS EN DINERO			¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 55), (...) recibe dinero por pago del DÉCIMO TERCER sueldo? SI1 NO 2 ¿Cuánto recibió durante los últimos 12 meses?		¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 55), (...) recibe dinero por pago del DÉCIMO CUARTO sueldo? SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibió durante los últimos 12 meses?		¿El mes pasado en la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 55), además del SUELDO o SALARIO, (...) recibe dinero por HORAS EXTRAS, COMISIONES y/o PROPINAS? SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibió en promedio al mes?		¿El mes pasado, por su ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 55), (...) recibió dinero por FONDOS DE RESERVA? SI 1 NO 2 ¿Cuánto recibió?		¿En la ocupación de (OCUPACIÓN Preg. 55), además del SUELDO o SALARIO, recibe (...) ALIMENTOS, VIVIENDA, UNIFORMES, PRENDAS DE VESTIR, TRANSPORTE U OTROS BIENES O SERVICIOS como parte de pago por su trabajo? SI 1 NO 2 ¿Cuánto costaría lo que recibió al mes, si tendría que pagar?		¿En cuál de los siguientes sitios o lugares trabaja (...) como (OCUPACIÓN Preg. 55) : - Local de una empresa o del patrono?..... 1 - Una obra en construcción?..... 2 - Se desplaza?..... 3 - Al descubierto en la calle?..... 4 - Kiosko en la calle?..... 5 - Local propio o arrendado?..... 6 - Local de cooperativa u asociación?..... 7 - Vivienda distinta a la suya?..... 8 - Su vivienda?..... 9 - Su finca o terreno?..... 10 - Finsa o terreno ajeno?..... 11 - Finsa, terreno o establecimiento comunal?..... 12	
	DÓLARES	FRE.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES				
	65		66		67		68		69		70		71	72			
01														01			
02														02			
03														03			
04														04			
05														05			
06														06			
07														07			
08														08			
09														09			
10														10			
11														11			
12														12			

SECCIÓN 7. ACTIVIDADES ECONÓMICAS
PARTE E - TOTAL HORAS TRABAJADAS Y DESCANSO -

SECCIÓN 7. ACTIVIDADES ECONÓMICAS
PARTE F - BÚSQUEDA DE OTRO TRABAJO -

HORAS/ TRABAJO		RAZÓN JORNADA MENOR	HORAS ADICIONALES		DESCANSO	BÚSQUEDA DE TRABAJO	TIEMPO		SECTOR
¿Durante la SEMANA PASADA , cuántas horas en total trabajó (...) en todas las ocupaciones que tuvo?		¿La razón principal por la que (...) trabajó menos de 40 horas en la SEMANA PASADA fue por: - Horario normal? 1 - No hay más trabajo? 2 - Estudio?..... 3 - Enfermedades o accidentes?..... 4 - Motivos familiares o personales?..... 5 - Otra razón, cuál?..... 6	¿Teniendo en cuenta el total de horas que (...) trabajó durante la SEMANA PASADA , estaría dispuesto a trabajar más horas para obtener un ingreso adicional? SI 1 NO2 ¿Cuántas horas adicionales en total a la semana?		¿Durante el MES PASADO , cuántos días en total descansó (...) de todos sus trabajos? NINGUNO = 00	¿Durante la SEMANA PASADA , (...) buscó otro trabajo además del o los que ya tenía para aumentar sus ingresos o para cambiarse de trabajo ? SI 1 NO 2 80	¿Cuánto tiempo lleva (...) buscando activamente OTRO TRABAJO ? MENOS DE UNA SEMANA = 00		¿Busca TRABAJO como (...): - Empleado/ Obrero de Gobierno? 1 - Empleado/ Obrero Privado? 2 - Jornalero o Peón?..... 3 - Independiente?..... 4 - Empleado (a) doméstico (a)?..... 5 - En lo que salga?..... 6
HORAS			CÓDIGO	HORAS	DÍAS		MESES	SEMANAS	
73		74	75		76	77	78		79
01									01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12

REMESAS Y TRANSFERENCIAS EN DINERO											BONO DE DESARROLLO HUMANO							
¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de..... a), (...) recibió DINERO de AMIGOS y/o FAMILIARES que no son miembros del hogar y que están en el país? SI 1 NO 2 FRECUENCIA - Día 1 - Semana 2 - Quincena 3 - Mes 4 - Trimestre 5 - Semestre 6 - Año 7			¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....), (...) recibió DINERO de AMIGOS y/o FAMILIARES que no son miembros del hogar y que están fuera del país? SI 1 NO 2 ➔ 84 FRECUENCIA - Día 1 - Semana 2 - Quincena 3 - Mes 4 - Trimestre 5 - Semestre 6 - Año 7			¿De qué PAÍS le envían el dinero a (...) ?		¿En qué utilizó principalmente el DINERO que le enviaron? - Construcción, ampliación o adquisición de viviendas o terrenos 1 - Compra de electrodomésticos y bienes para el hogar 2 - Compra de vehículos..... 3 - Invertir en el negocio 4 - Ahorro 5 - Gastos varios (educación, alimentación, arriendos, salud, etc.) 6 - Pago de deudas diferentes a los rubros anteriores 7 - Otro, cuál? 8		¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de..... a), (...) recibió AYUDAS EN DINERO de Fundaciones u Organizaciones No Gubernamentales o del Gobierno? SI 1 NO 2 ➔ 86		¿Las AYUDAS EN DINERO que (...) recibió proviene de: - Instituciones y/o Organismos Nacionales?..... 1 - Instituciones y/o Organismos internacionales?..... 2 FRECUENCIA - Día 1 - Semana 2 - Quincena 3 - Mensual 4 - Trimestre 5 - Semestre 6 - Año 7 ¿Cuánto recibió la última vez y cada qué tiempo recibe?			¿Ha recibido alguna vez el Bono de Desarrollo Humano? SI.....1 NO..... 2 Pase a Sección 8		¿Cuándo empezó a recibir el Bono de Desarrollo Humano?	
CÓD.	DÓLARES	FRE.	CÓD.	DÓLARES	FRE.	PAÍS	USO INEC CÓD. PAÍS	CÓD.	DÓLARES	FRE.	AÑO	MES						
80			81			82		83		84		85		86		87		
01																	01	
02																	02	
03																	03	
04																	04	
05																	05	
06																	06	
07																	07	
08																	08	
09																	09	
10																	10	
11																	11	
12																	12	

BONO DE DESARROLLO HUMANO													
¿Todavía recibe el Bono de Desarrollo Humano?	¿Recibe (...) el BONO de DESARROLLO HUMANO por:	¿Usted conoce sobre las condiciones que debe cumplir respecto a la salud y educación de sus hijos menores de edad para seguir recibiendo el BDH?	¿Cumple con las condiciones de SALUD y EDUCACIÓN ?	¿Cuánto recibió (...) el mes pasado por el BONO DE DESARROLLO HUMANO ?	¿En qué utiliza/utilizaba principalmente el DINERO del BONO ?	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de..... a), (...) recibió CRÉDITO por el BONO DE DESARROLLO HUMANO ?	¿En qué utilizó principalmente el DINERO del CRÉDITO recibido ?	¿Cuándo dejó de recibirlo?	¿Por qué razón dejó de recibirlo?				
SI.....1 NO..... 2 → 96	- Por madre beneficiaria? 1 - Por Adulto mayor?..... 2 - Por discapacidad? 3 - Otra, cuál? 4 → 92	SI 1 NO 2 → 92	SI1 NO 2	Si no recibió registre 00 DÓLARES	- Salud..... 1 - Educación..... 2 - Vestido..... 3 - Ahorro 4 - Pequeño negocio..... 5 - Compra de alimentos y/o enseres para el hogar..... 6 - Pago de deudas..... 7 - Otro, cuál? 8	SI 1 NO 2 Pase a Sección 8 CÓD. DÓLARES	- Construcción, ampliación o adquisición de viviendas o terrenos 1 - Compra de electrodomésticos y/o bienes para el hogar 2 - Iniciar o invertir en un negocio 3 - Gastos varios (educación, alimentación, arriendos, salud, etc.)..... 4 - Pago de deudas..... 5 - Otro, cuál? 6 Pase a Sección 8	AÑO MES					
88	89	90	91	92	93	94	95	96	97				
01										01			
02										02			
03										03			
04										04			
05										05			
06										06			
07										07			
08										08			
09										09			
10										10			
11										11			
12										12			

SECCIÓN 8 FECUNDIDAD Y SALUD MATERNA PARTE A - EMBARAZO, PARTO Y ACCESO A SERVICIOS PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS -

VACUNAS - EMBARAZOS Y ACCESO A SERVICIOS

SEÑOR ENCUESTADOR: Si la persona entrevistada es mujer y está entre 12 y 49 años de EDAD , registre el código 1 y siga con la entrevista, de lo contrario, registre 2 y PASE A LA SIGUIENTE SECCIÓN.	¿Está USTED vacunada contra el TÉTANOS? SI.....1 ¿Cuántas veces se vacunó en toda su vida? NO..... 2		¿Está USTED vacunada contra la RUBÉOLA? SI.....1 NO.....2		¿Conoce USTED sus derechos por la LEY DE MATERNIDAD GRATUITA? SI.....1 NO.....2		Hasta la fecha, ¿CUANTOS EMBARAZOS en total ha tenido USTED? (Incluyendo el actual y los arrosos o abortos si los ha tenido) Si nunca estuvo ni está embarazada = 00 → 27		¿Está USTED ACTUALMENTE EMBARAZADA? SI.....1 ¿Cuántos meses lleva de embarazo? NO.....2 → 15		¿Se ha CONTROLADO en su actual embarazo? SI.....1 → 9 NO.....2		¿Cuál fue la RAZÓN por la que no se hizo el control del embarazo? - No sabía..... 1 - No es necesario..... 2 - No hay establecimiento de salud cerca..... 3 - Precios altos..... 4 - Mala calidad..... 5 - No tiene tiempo..... 6 - No puede dejar de trabajar..... 7 - No hay especialista... 8 - Otro, cuál?..... 9 → 14		¿DÓNDE se hace controlar, con mayor frecuencia, en su actual embarazo? ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS - Hospital MSP..... 1 - Hospital IESS..... 2 - Hospital de:FFAA/POLICIA..... 3 - Centro de Salud MSP 4 - Centro de Salud IESS..... 5 - Subcen. o Dispen. de Salud IESS.... 6 - Subcen. o Dispen. de Salud MSP..... 7 - Dispensarios Municipales y Prov..... 8 ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS - Hospital o Clínica /JBG/SOLCA..... 9 - Centro de Salud Privado 10 - Consultorio Particular 11 - Casa de Comadrona o Partera..... 12 - Casa o Domicilio 13 → 11 - Otro, cuál?14		¿Cómo CALIFICARÍA al Establecimiento de Salud al que acudió para el control del embarazo: - Muy bueno?... 1 - Bueno? 2 - Regular?..... 3 - Malo? 4 - Pésimo? 5 - NS/NR?..... 6		¿Por QUIÉN se hace controlar en su actual embarazo? - Médico..... 1 - Ginecólogo..... 2 - Obstetriz..... 3 - Comadrona o partera..... 4 - Enfermera o auxiliar..... 5 - Otro, cuál?..... 6	
	CÓD.	VECES	CÓD.	VECES	NÚMERO	CÓD.	MESES	CÓD.	VECES											

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
01												01
02												02
03												03
04												04
05												05
06												06
07												07
08												08
09												09
10												10
11												11
12												12

SECCIÓN 8 FECUNDIDAD Y SALUD MATERNA PARTE A - EMBARAZO, PARTO Y ACCESO A SERVICIOS PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS -

EMBARAZOS				NACIDOS VIVOS									ATENCIÓN ÚLTIMO PARTO																														
¿Pagó USTED por la CONSULTA o ATENCIÓN MÉDICA: SI?.....1 NO POR CONVENIO IESS?..... 2 NO PAGÓ?..... 3				¿Gastó por los MEDICAMENTOS de (...): SI 1 NO 2 - Pagó todo? 1 - Pagó una parte y el resto fue gratis? 2 - Pagó y recuperó del Seguro Privado?..... 3 - Pagó un porcentaje (Seguro Privado)? 4 - Otra cuál?..... 5 CÓDIGO PAGO				¿Ha recibido USTED en los últimos 12 meses (de...a...) de forma gratuita por parte del Gobierno en una Unidad de Salud Hierro y Ácido Fólico? SI1 NO 2				¿En total, cuántos hijos e hijas NACIDOS VIVOS ha tenido USTED, durante toda su vida? NINGUNO =00 → 27 NÚMERO				¿A qué edad tuvo USTED su primer hijo/ hija NACIDO VIVO?				¿De todos sus hijos e hijas, cuántos están VIVOS ACTUALMENTE? NINGUNO = 00 NÚMERO				¿En qué año y mes tuvo USTED su ÚLTIMO HIJO o HIJA NACIDO VIVO? ANTES DEL 2008 → 27 AÑO MES				¿Está Vivo/a su ÚLTIMO HIJO o HIJA NACIDO VIVO? SI.....1 NO.....2				¿En qué fecha FALLECIO su ÚLTIMO HIJO o HIJA NACIDO VIVO? AÑO MES DÍA				¿En su ÚLTIMO PARTO POR QUIÉN se hizo ATENDER? 1 2 3 4 5 6 7 8				¿DÓNDE le atendieron en su último parto? ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS - Hospital MSP..... 1 - Hospital IESS..... 2 - Hospital de:FFAA/POLICIA..... 3 - Centro de Salud MSP 4 - Centro de Salud IESS..... 5 - Subcen. o Dispen. de Salud IESS.... 6 - Subcen. o Dispen. de Salud MSP..... 7 - Dispensarios Municipales y Prov..... 8 ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS - Hospital o Clínica /JBG/SOLCA..... 9 - Centro de Salud Privado 10 - Consultorio Particular 11 - Casa de Comadrona o Partera..... 12 - Casa o Domicilio 13 → 24 - Otro, cuál? 14			
12	13			14	15	16	17	18		19	20			21	22																												
01																01																											
02																02																											
03																03																											
04																04																											
05																05																											
06																06																											
07																07																											
08																08																											
09																09																											
10																10																											
11																11																											
12																12																											

SECCIÓN 8 FECUNDIDAD Y SALUD MATERNA					PARTE B - PLANIFICACIÓN FAMILIAR - PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS														
PARTE A - EMBARAZO, PARTO Y ACCESO A SERVICIOS -																			
ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO					PREVENCIÓN DEL CÁNCER Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR														
¿Cómo CALIFICARÍA al Establecimiento de Salud al que acudió para atención en su último parto? - Muy bueno?..... 1 - Bueno? 2 - Regular?..... 3 - Malo? 4 - Péximo? 5 - NS/NR?..... 6	¿Pagó USTED por la CONSULTA o ATENCIÓN MÉDICA en su ÚLTIMO PARTO : SI?..... 1 NO POR CONVENIO IESS?.....2 NO PAGO?.....3	¿Gastó por los MEDICAMENTOS : SI 1 NO 2 ↓ - Pagó todo? 1 - Pagó una parte y el resto fue gratis? 2 - Pagó y recuperó del Seguro Privado?..... 3 - Pagó un porcentaje (Seguro Privado)?..... 4 - Otra, cuál?..... 5	¿Su ÚLTIMO PARTO fue: - Normal sin complicación?... 1 - Normal con complicaciones?. 2 - Por cesárea?.... 3	¿Alguna vez se ha sometido o está actualmente en TRATAMIENTO PARA CONSEGUIR UN EMBARAZO ? SI.....1 NO.....2	¿Se ha hecho USTED alguna vez el examen de PAPANICOLAOU ? SI.....1 NO.....2 → 31	¿ CADA qué tiempo se hace el examen de PAPANICOLAOU ? - Es la primera vez.... 1 - Cada año..... 2 - Cada dos años..... 3 - Cada tres años..... 4 - Cada cuatro años... 5 - Cada cinco años.... 6 - Cada seis o más años..... 7 - Otro, cual?..... 8 - No recuerda..... 9	¿ CUÁNDO fue la última vez que se hizo el examen de PAPANICOLAOU ? SI.....1 NO.....2 → 33	¿Se ha hecho USTED alguna vez el examen para detectar el VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (Colposcopia) ? SI.....1 NO.....2 → 33	¿ CUÁNDO fue la última vez que se hizo el examen para detectar el VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (Colposcopia) ? SI.....1 NO.....2 → 33	AÑO	MES	AÑO	MES						
	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32									
01												01							
02												02							
03												03							
04												04							
05												05							
06												06							
07												07							
08												08							
09												09							
10												10							
11												11							
12												12							

PREVENCIÓN DEL CÁNCER Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR												
¿Se ha hecho USTED alguna vez el examen de MAMOGRAFÍA? SI.....1 NO..... 2 → 35	¿CUÁNDO fue la última vez que se hizo el examen de MAMOGRAFÍA? AÑO MES		¿Ha ASISTIDO USTED alguna vez al médico para un control GINECOLÓGICO? SI.....1 Cuándo fue la última vez? NO.....2		¿CONOCE o ha oído de algún MÉTODO de PLANIFICACIÓN FAMILIAR para no quedarse embarazada? SI.....1 NO.....2 PASE A SECCIÓN 9		¿UTILIZA algún MÉTODO de PLANIFICACIÓN FAMILIAR para no quedarse embarazada? SI.....1 NO.....2 PASE A SECCIÓN 9		¿CUÁL o CUÁLES MÉTODOS utiliza para no quedarse embarazada? - Esterilización masculina (vasectomía)..... 1 - Esterilización femenina (ligadura)..... 2 - Implante (Implanon, Jadelle)..... 3 - Inyección anticonceptiva..... 4 - Píldora o pastilla anticonceptiva..... 5 - DIU, espiral o T de Cobre..... 6 - Condón (preservativo femenino)..... 7 - Condón (preservativo masculino)..... 8 - Retiro (coito interrumpido)..... 9 - Ritmo, calendario o control de la temperatura, moco cervical.....10 - Métodos vaginales (jaleas/espumas/ diafragma/cremas/óvulos/tabletas).....11 - MELA (lactancia materna)..... 12 - Pastilla anticonceptiva de emergencia.....13 - Otro, cuál..... 14 - No utiliza porque está embarazada..... 15 ALTERNATIVA 1 ALTERNATIVA 2 ALTERNATIVA 3			
33	34		35		36		37		38			
01												01
02												02
03												03
04												04
05												05
06												06
07												07
08												08
09												09
10												10
11												11
12												12

SECCIÓN 9 BIENESTAR PSICOSOCIAL

PARTE A - EXPECTATIVAS Y ACTIVIDADES DE LOS PADRES -

PADRE Y MADRE DE NÚCLEOS F.		EXPECTATIVAS Para personas de 5 a 17 años		ACTIVIDADES CON LOS HIJOS de 5 A 17 AÑOS (PARA EL PADRE)								ACTIVIDADES CON LOS HIJOS de 5 A 17 AÑOS (PARA LA MADRE)							
¿Cuál sería el NÚMERO DE HIJOS que hubiese querido tener sin tomar en consideración el número de hijos que tiene? Solo para PADRE y MADRE		Dadas las HABILIDADES o CAPACIDADES INTELECTUALES que tiene (...) que expectativa tiene usted respecto al NIVEL de EDUCACIÓN que podría alcanzar: - Ninguno?..... 1 - Centro de Alfabetización?..... 2 - Educación Básica?..... 3 - Educación Media?..... 4 - Superior no Universitario?..... 5 - Superior Universitario?..... 6 - Post – grado?..... 7		¿Cuántas horas a la semana COMPARTE USTED con (...), las siguientes actividades: - Juegos y deportes?..... A - Ver TV o películas?..... B - Salir de paseo o de compras?..... C - Labores domésticas?..... D - Dialogar, conversar? E - Tareas de la escuela o colegio?..... F - Actividades Laborales ?..... G - Otro, cuál? H Si no realiza la actividad = 00								¿Cuántas horas a la semana COMPARTE USTED con (...), las siguientes actividades: - Juegos y deportes?..... A - Ver TV o películas?..... B - Salir de paseo o de compras?..... C - Labores domésticas?..... D - Dialogar, conversar? E - Tareas de la escuela o colegio?..... F - Actividades Laborales ?..... G - Otro, cuál?..... H Si no realiza la actividad = 00							
		PADRE	MADRE	A	B	C	D	E	F	G	H	A	B	C	D	E	F	G	H
	1	2	3								4								
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			

PARA PERSONAS DE 15 AÑOS A 64 AÑOS

¿ Ahora le voy a realizar las siguientes preguntas que son relacionadas con su ESTADO EMOCIONAL:

- | | | | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|--|---|
| - Durante los últimos 7 días , ¿por cuántos días estuvo Ud. molesto/a por cosas que normalmente no le molestan?..... | A | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días se sintió deprimido/a ?..... | F | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días no durmió lo suficiente ?..... | K | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días disfrutó de la vida ?..... | P |
| - Durante los últimos 7 días , ¿por cuántos días no sintió apetito ?..... | B | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días Ud. sintió que todo lo que hacia era un sacrificio ?..... | G | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días estuvo contento/a ?..... | L | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días pasó ratos llorando ?..... | Q |
| - Durante los últimos 7 días , ¿por cuántos días no pudo dejar de sentirse triste , aun con la ayuda de la familia o amigos?..... | C | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días Ud. se sintió optimista sobre el futuro ?..... | H | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días habló menos de lo usual ?..... | M | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días se sintió triste ?..... | R |
| - Durante los últimos 7 días , por cuántos días sintió que era tan buena como las otras personas?..... | D | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días pensó Ud. que su vida ha sido un fracaso ?.... | I | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días se sintió solo/a ?..... | N | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días sintió que Usted no le caía bien a la gente ?.. | S |
| - Durante los últimos 7 días , cuántos días Ud. tuvo dificultades para concentrarse en lo que estaba haciendo aun sin tener a nadie que le esté interrumpiendo?..... | E | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días sintió Ud. miedo ?..... | J | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días sintió que la gente no era amigable ?..... | O | - Durante los últimos 7 días , ¿cuántos días no tuvo gananas de hacer nada ?..... | T |

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	
	5																				
01																					01
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12

SECCIÓN 9 BIENESTAR PSICOSOCIAL GENERALIZADA

PARTE C

- AUTOESTIMA, ASPECTOS DE LA VIDA Y AUTOEFICACIA PARA PERSONAS DE 15 A 64 AÑOS -

AUTOESTIMA											ASPECTOS DE LA VIDA													
¿Cuán de acuerdo está USTED con las siguientes frases: - Siente qué es una persona digna de aprecio, igual que las demás personas?..... A - Tiene razones para sentirse muy orgulloso(a)?..... F - Está convencido que tiene cualidades buenas?..... B - En general, se inclina a pensar que ha fracasado ?..... G - Es capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente?..... C - Le gustaría poder sentir más respeto por usted mismo(a)?.. H - Tiene una actitud positiva hacia usted mismo(a)?..... D - Hay veces que piensa que no es útil?..... I - En general está satisfecho(a) con usted mismo(a)?..... E - A veces cree que no es una buena persona?..... J Muy de acuerdo.....1 De acuerdo.....2 En desacuerdo....3 Muy en desacuerdo....4											¿Qué tan IMPORTANTE son los siguientes ASPECTOS EN SU VIDA: - La familia?..... A - El amor?..... G - Ser popular/admirado?..... B - El aspecto físico?..... H - El trabajo?..... C - La vida espiritual?..... I - La salud?..... D - La situación económica?..... J - La educación?..... E - La seguridad?..... K - La religión?..... L - La amistad?..... F - La diversión?..... M Muy importante.....1 Importante.....2 Poco importante....3 Nada importante.....4													
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	
	6										7													
01																								01
02																								02
03																								03
04																								04
05																								05
06																								06
07																								07
08																								08
09																								09
10																								10
11																								11
12																								12

AUTO-EFICACIA GENERALIZADA											OBSERVACIONES	
¿Siente USTED que: Puede encontrar la manera de obtener lo que quiere, aunque alguien se le oponga?..... A Puede resolver problemas difíciles si se esfuerza lo suficiente?..... B Le es fácil persistir en lo que se ha propuesto hasta llegar a alcanzar sus objetivos (sueños)?..... C Tiene confianza en qué podría manejar fácilmente acontecimientos inesperados?..... D Gracias a sus cualidades y recursos puede superar situaciones imprevistas?..... E Cuando se encuentra en dificultades puede permanecer tranquilo/a porque cuenta con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles?..... F Pase lo que pase, por lo general es capaz de manejar las situaciones difíciles?..... G Puede resolver la mayoría de los problemas si se esfuerza lo necesario?..... H Si se encuentra en una situación difícil, generalmente se le ocurre qué debe hacer?..... I Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se le ocurre varias alternativas de cómo resolverlo?..... J Nunca.....1 Pocas veces.....2 Muchas veces....3 Siempre.....4												
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		
	8											
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												

I. GASTOS PERSONALES FUERA DEL HOGAR PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS

COMIDAS, BEBIDAS Y ALIMENTOS PREPARADOS Y CONSUMIDOS FUERA DEL HOGAR												PASAJES		DIVERSIONES	
¿Durante la SEMANA PASADA gastó en desayunos preparados fuera del hogar?		¿Durante la SEMANA PASADA gastó en almuerzos preparados fuera del hogar?		¿Durante la SEMANA PASADA gastó en meriendas y cenas preparadas fuera del hogar?		¿Durante la SEMANA PASADA gastó en fritadas, pollos preparados, pizzas, hamburguesas, hot dogs, u otros platos o comidas típicas preparados fuera del hogar?		¿Durante la SEMANA PASADA gastó en helados, golosinas o confites consumidos fuera del hogar?		¿Durante la SEMANA PASADA gastó en bebidas, gaseosas, agua mineral, agua sin gas, jugos, yogurt, consumidos fuera del hogar?		¿Durante la SEMANA PASADA gastó en taxi, pasajes de transporte: urbano, interparroquial, intercantonal, interprovincial, canoas, lanchas, avionetas, etc.?		¿Durante la SEMANA PASADA gastó en cines, discotecas, estadios (fútbol), billar, juegos electrónicos, espectáculos y otras diversiones fuera del hogar?	
SI.....1 NO.....2		SI.....1 NO.....2		SI.....1 NO.....2		SI.....1 NO.....2		SI.....1 NO.....2		SI.....1 NO.....2		SI.....1 NO.....2		SI.....1 NO.....2	
¿Cuánto gastó en total?		¿Cuánto gastó en total?		¿Cuánto gastó en total?		¿Cuánto gastó en total?		¿Cuánto gastó en total?		¿Cuánto gastó en total?		¿Cuánto gastó en total?		¿Cuánto gastó en total?	
CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	DÓLARES
No.	1	2		3		4		5		6		7		8	
01															01
02															02
03															03
04															04
05															05
06															06
07															07
08															08
09															09
10															10
11															11
12															12

INSTRUCCIONES PARA EL REGISTRO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

PARTE A

Señor(a) Entrevistador(a) para el registro de los Miembros del Hogar, lea al informante las siguientes instrucciones:

Señor(a) necesitamos hacer un listado con los nombres y apellidos de todas las personas que comen y duermen habitualmente en este Hogar. **No incluya aquellas personas que por diferentes motivos se encuentran ausentes del Hogar por más de 6 meses seguidos y aquellas que vivan en otro hogar.**

Por favor:

- Dígame los nombres y apellidos del JEFE o JEFA del Hogar que come y duerme habitualmente en este hogar.

(Registre los nombres en P1, C.P. 01). []

IMPORTANTE: En el caso de que el JEFE (A) del Hogar esté ausente por más de 6 meses y viva en otro Hogar, registre en P1, C.P. 01, los nombres de la persona que los Miembros del Hogar reconozcan que ocupa el lugar del JEFE (A) del Hogar que está ausente.

- Ahora, dígame los nombres de la esposa(o), conviviente o compañero(a) que come y duerme habitualmente en este Hogar. []
- Dígame los nombres de cada uno de los **hijos o hijas solteros sin hijos** empezando por el(la) mayor que comen y duermen habitualmente en este hogar, incluya a los recién nacidos. []
- Dígame los nombres de cada uno de los **hijos o hijas solteros con hijos** empezando por el(la) mayor que comen y duermen habitualmente en este hogar.
- Ahora, dígame los nombres de los hijos e hijas casados, el de la (el) esposa (o) y el de los hijos e hijas que comen y duermen habitualmente en este Hogar. []
- Si existen otros parientes del Jefe (a) del Hogar o de su esposa o conviviente, que comen y duermen habitualmente en este Hogar, deme los nombres. []
- Si los hay, deme los nombres de los empleados domésticos y sus familiares que comen y duermen habitualmente en este Hogar. []
- Ahora dígame, si los hay, los nombres de las personas que no son familiares y que pagan por comer y dormir habitualmente en este Hogar (Pensionistas). []
- Existen otras personas: amigos, compadres, huéspedes, estudiantes de intercambio, etc., que comen y duermen habitualmente en este Hogar por un período mayor a 6 meses y que no me ha mencionado? Si las hay, dígame los nombres. []
- Dígame, por favor, si hay alguna persona o personas que no me haya mencionado y estén ausentes de este Hogar en forma temporal (menos de 6 meses seguidos) por motivos de salud, estudio, trabajo, vacaciones, etc. []

PASE A LA PARTE B

PARTE B

¿De todas las personas que me ha mencionado, existen algunas que se encuentran ausentes de este hogar por más de 6 meses seguidos?

SI 1 ☐

NO 2 ☐

→ **SIGA**

NOMBRE DE LA PERSONA	PARENTESCO	MOTIVO DE LA AUSENCIA



**Verifique que éstas personas no estén listadas como Miembros del Hogar.
En caso contrario, exclúyalas del listado**

SEGUNDA RONDA

SECCIONES

10 A 13

CONTROL DE LAS ENTREVISTAS 1

1. SEGUNDA RONDA DE LA ENCUESTA																SIGLAS		
																VN: Visita normal VC: Visita complementaria R: Reentrevista		
NOMBRE DEL ENCUESTADOR :																		
VISITA	FECHA			VISITA			TIEMPO		PENDIENTE	FECHA NUEVA CITA			FECHA ENTREGA AL SUPERVISOR			OBSERVACIONES		
	MES	DÍA	HOR	VN	VC	R	HORA INICIAL	HORA FINAL	Qué secciones o personas faltan por diligenciar?	Mes	Día	Hora	Mes	Día	Hora			
1	2			3			4		5			6			7			8
1a.																		
2a.																		
3a.																		
4a.																		
5a.																		

NOMBRE DEL SUPERVISOR :

A. CHEQUEO DEL FORMULARIO

No. De visitas del Encuestador	FECHA RECIBO			FECHA REVISIÓN FORMULARIO			RESULTADO			Razones de Aceptación Parcial (AP) y de No Aceptación (NA)	FECHA DEVOLUCIÓN AL ENCUESTADOR				
	MES	DÍA	HOR	MES	DÍA	HOR	AT → 6	AP → 5	NA → 5	SIGLAS: AT: Aceptación Total AP: Aceptación Parcial NA: No Aceptado	Mes	Día	Hora		
1	2			3			4			5			6		
1a.															
2a.															
3a.															
4a.															
5a.															

B. ENTREVISTAS DEL SUPERVISOR

No. de visita	FECHA RECIBO			RAZÓN DE LA ENTREVISTA		RESULTADOS	ACCIONES
	MES	DÍA	HOR	Aplicación S2	OTRA RAZÓN, CUÁL?		
1	2			3		4	5
1a.							
2a.							
3a.							
4a.							

C. ENTREVISTAS DEL COORDINADOR

No. de visita	FECHA RECIBO			RAZÓN DE LA ENTREVISTA		RESULTADOS	ACCIONES
	MES	DÍA	HOR	Aplicación S2	OTRA RAZÓN, CUÁL?		
1	2			3		4	5
1a.							
2a.							
3a.							
4a.							

Para el correcto diligenciamiento de esta sección favor consultar las instrucciones correspondientes en el manual del supervisor

II. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS Y CERVEZA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

1. ¿En este hogar qué persona es la más informada sobre los gastos en alimentos? CÓD. PERSONA	2. ¿La entrevista se realiza con esta persona? SI 1 NO 2 → CÓD. PERSONA	3. ¿En este Hogar qué persona decide sobre los gastos en ALIMENTOS y BEBIDAS? CÓD. PERSONA	INTRODUCCIÓN: Señor (a) a continuación voy a preguntarle sobre los gastos que los miembros de este hogar han realizado durante las últimas dos semanas en alimentos y bebidas, así como, sobre aquellos productos alimenticios que cogieron de su tienda, negocio, finca o huerto propiedad del hogar . Recuerde incluir aquellos productos que les regalaron o les dieron como parte de pago del trabajo a algún miembro del hogar .
---	--	--	---

NÚMERO DE ORDEN	COMPRAS							AUTOCONSUMO/ AUTOSUMINISTRO/ SALARIO EN ESPECIE/ REGALOS/ TRUEQUE						
	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS del.....al..... algún miembro de este hogar compró:		¿Cada qué tiempo compran ...(PRODUCTO)...?	¿Qué cantidad de ...(PRODUCTO)... compra ...(FRECUENCIA)...?		¿Cuánto pagó en total?		¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS , del.....al..... tomaron o recibieron ...(PRODUCTO)... para el consumo del hogar, de su:		¿Cada cuánto tiempo obtienen o reciben ... (PRODUCTO)...?	¿Qué cantidad de ...(PRODUCTO)... obtienen o reciben ...(FRECUENCIA)...?	¿Cuánto tendría que pagar por ...(PRODUCTO)... si tuvieran que comprarlo?		
		FRECUENCIA - Diario.....1 - Semanal....2 - Quincenal..3 - Mensual....4 - Trimestral..5 - Semestral..6 - Anual.....7		USO INEC VALOR TOTAL				FRECUENCIA - Tienda o negocio? 1 - Finca o Huerto?..... 2 - Jardín o patio? 3 - Regalo o donación?..... 4 - Trabajo? 5 - Trueque? 6		USO INEC VALOR TOTAL				
No.	PRODUCTO	CÓDIGO	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES		CÓD.	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES

	4				5	6				7	8				9	10				11
01	Arroz?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
02	Arroz de cebada?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
03	Avena?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
04	Fideos, tallarin?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
05	Galleta?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
06	Harina de haba?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
07	Harina de maíz?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
08	Harina de plátano?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
09	Harina de trigo (castilla)?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
10	Máchica?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
11	Maíz, morocho, canguil?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
12	Mote?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
13	Pan?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
14	Quinua?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
15	Carne de borrego?	SI NO	 	 → 8							SI NO	 	 → SP							
901	Subtotal																			

II. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS Y CERVEZA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

NÚMERO DE ORDEN	COMPRAS							AUTOCONSUMO/ AUTOSUMINISTRO/ SALARIO EN ESPECIE/ REGALOS/ TRUEQUE						
	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS del.....al..... algún miembro de este hogar compró:		¿Cada qué tiempo compran ...(PRODUCTO)...? (PRODUCTO)...	¿Qué cantidad de ...(PRODUCTO)... compra ...(FRECUENCIA)...?	USO INEC	VALOR TOTAL	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, del.....al..... tomaron o recibieron ...(PRODUCTO)... para el consumo del hogar, de su:	¿Cada cuánto tiempo obtienen o reciben ...(PRODUCTO)...?	¿Qué cantidad de ...(PRODUCTO)... obtienen o reciben ...(FRECUENCIA)...?	USO INEC	VALOR TOTAL			
FRECUENCIA		FRECUENCIA												
- Diario.....1		- Diario..... 1												
- Semanal....2		- Semanal.... 2												
- Quincenal..3		- Quincenal.. 3												
- Mensual....4		- Mensual.... 4												
- Trimestral..5		- Trimestral.. 5												
- Semestral..6		- Semestral.. 6												
- Anual.....7		- Anual..... 7												
SR/A CODIFICADOR: Codifique la unidad de medida tomada de campo		SR/A CODIFICADOR: Codifique la unidad de medida tomada de campo												
No.	PRODUCTO	CÓDIGO	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES	
	4		5	6			7	8		9	10			11
16	Carne de chanco?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
17	Carne de res?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
18	Vísceras de res?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
19	Pollo entero?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
20	Presas de pollo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
21	Menudencias de pollo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
22	Chorizo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
23	Jamón?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
24	Mortadela?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
25	Salchicha?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
26	Pescado fresco?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
27	Sardinas y atún?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
28	Camarones?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
29	Conchas?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
30	Huevos de gallina?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
31	Leche en polvo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
902	Subtotal													

II. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS Y CERVEZA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

NÚMERO DE ORDEN	COMPRAS								AUTOCONSUMO/ AUTOSUMINISTRO/ SALARIO EN ESPECIE/ REGALOS/ TRUEQUE							
	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS del.....al..... algún miembro de este hogar compró:		¿Cada qué tiempo compran...(PRODUCTO)...?		¿Qué cantidad de...(PRODUCTO)... compra...(FRECUENCIA)...?		¿Cuánto pagó en total?		¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, del.....al..... tomaron o recibieron...(PRODUCTO)... para el consumo del hogar, de su:		¿Cada cuánto tiempo obtienen o reciben...(PRODUCTO)...?		¿Qué cantidad de...(PRODUCTO)... obtienen o reciben...(FRECUENCIA)...?		¿Cuánto tendría que pagar por...(PRODUCTO)... si tuvieran que comprarlo?	
FRECUENCIA		USO INEC		VALOR TOTAL		FRECUENCIA		USO INEC		VALOR TOTAL						
- Diario.....1						- Diario..... 1										
- Semanal....2						- Semanal.... 2										
- Quincenal..3						- Quincenal.. 3										
- Mensual....4						- Mensual.... 4										
- Trimestral..5						- Trimestral.. 5										
- Semestral..6						- Semestral.. 6										
- Anual.....7						- Anual..... 7										
SR/A CODIFICADOR: Codifique la unidad de medida tomada de campo						SR/A CODIFICADOR: Codifique la unidad de medida tomada de campo										
No.	PRODUCTO	CÓDIGO	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES			
	4		5	6		7	8	9	10		11					
32	Leche líquida?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
33	Leche maternizada (fórmula)?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
34	Queso?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
35	Yogurt?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
36	Aceite vegetal?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
37	Aceite achiote?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
38	Manteca de chancho?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
39	Manteca vegetal?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
40	Margarina?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
41	Mantequilla?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
42	Aguacate?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
43	Banano/guineo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
44	Duraznos?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
45	Frutillas?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
46	Limón?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
47	Mandarina?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
903	Subtotal															

II. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS Y CERVEZA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

NÚMERO DE ORDEN	COMPRAS							AUTOCONSUMO/ AUTOSUMINISTRO/ SALARIO EN ESPECIE/ REGALOS/ TRUEQUE								
	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS del.....al..... algún miembro de este hogar compró:			¿Cada qué tiempo compran ... (PRODUCTO) ...?		¿Qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... compra ... (FRECUENCIA) ...?		¿Cuánto pagó en total?	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, del.....al..... tomaron o recibieron ... (PRODUCTO) ... para el consumo del hogar, de su:			¿Cada cuánto tiempo obtienen o reciben ... (PRODUCTO) ...?		¿Qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... obtienen o reciben ... (FRECUENCIA) ...?		¿Cuánto tendría que pagar por ... (PRODUCTO) ... si tuvieran que comprarlo?
				FRECUENCIA - Diario.....1 - Semanal....2 - Quincenal..3 - Mensual....4 - Trimestral..5 - Semestral..6 - Anual.....7					- Tienda o negocio? 1 - Finca o Huerto?..... 2 - Jardín o patio? 3 - Regalo o donación?.... 4 - Trabajo? 5 - Trueque? 6			FRECUENCIA - Diario..... 1 - Semanal.... 2 - Quincenal.. 3 - Mensual.... 4 - Trimestral.. 5 - Semestral.. 6 - Anual..... 7				
				USO INEC SR/A CODIFICADOR: Codifique la unidad de medida tomada de campo				VALOR TOTAL				USO INEC SR/A CODIFICADOR: Codifique la unidad de medida tomada de campo				VALOR TOTAL
No.	PRODUCTO	CÓDIGO	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES		CÓD.	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES		
	4		5	6			7	8		9	10			11		
48	Manzana?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
49	Maracuyá?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
50	Melón?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
51	Mora?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
52	Naranja?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
53	Naranjailla?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
54	Papaya?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
55	Pera?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
56	Piña?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
57	Plátano maduro?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
58	Plátano verde?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
59	Sandía?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
60	Tomate de árbol?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
61	Uva?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
62	Mellico?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
63	Papa?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
904	Subtotal															

II. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS Y CERVEZA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

NÚMERO DE ORDEN	COMPRAS							AUTOCONSUMO/ AUTOSUMINISTRO/ SALARIO EN ESPECIE/ REGALOS/ TRUEQUE						
	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS del.....al..... algún miembro de este hogar compró:		¿Cada qué tiempo compran ... (PRODUCTO) ...?	¿Qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... compra ... (FRECUENCIA) ...?	¿Cuánto pagó en total?			¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, del.....al..... tomaron o recibieron ... (PRODUCTO) ... para el consumo del hogar, de su:	¿Cada cuánto tiempo obtienen o reciben ... (PRODUCTO) ...?	¿Qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... obtienen o reciben ... (FRECUENCIA) ...?	¿Cuánto tendría que pagar por ... (PRODUCTO) ... si tuvieran que comprarlo?			
			FRECUENCIA			USO INEC	VALOR TOTAL		FRECUENCIA		USO INEC	VALOR TOTAL		
No.	PRODUCTO	CÓDIGO	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES	
	4		5	6		7	8	9	10		11			
64	Remolacha?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
65	Yuca?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
66	Zanahoria?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
67	Acelga?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
68	Ajo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
69	Arveja tierna?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
70	Apio?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
71	Brócoli?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
72	Cebolla blanca?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
73	Cebolla paiteña?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
74	Choclo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
75	Col?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
76	Coliflor?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
77	Culantro y perejil?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
78	Espinaca?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
79	Fréjol tierno?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
905	Subtotal													

II. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS Y CERVEZA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

NÚMERO DE ORDEN	COMPRAS							AUTOCONSUMO/ AUTOSUMINISTRO/ SALARIO EN ESPECIE/ REGALOS/ TRUEQUE										
	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS del.....al..... algún miembro de este hogar compró:		¿Cada qué tiempo compran ...(PRODUCTO)...? (PRODUCTO)...	¿Qué cantidad de ...(PRODUCTO)... compra ...(FRECUENCIA)...?	USO INEC	VALOR TOTAL	¿Cuánto pagó en total?	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, del.....al..... tomaron o recibieron ...(PRODUCTO)... para el consumo del hogar, de su:		¿Cada cuánto tiempo obtienen o reciben ...(PRODUCTO)...?	¿Qué cantidad de ...(PRODUCTO)... obtienen o reciben ...(FRECUENCIA)...?	USO INEC	VALOR TOTAL	¿Cuánto tendría que pagar por ...(PRODUCTO)... si tuvieran que comprarlo?				
															FRECUENCIA		FRECUENCIA	
															- Diario.....1 - Semanal....2 - Quincenal..3 - Mensual....4 - Trimestral..5 - Semestral..6 - Anual.....7		- Diario.....1 - Semanal....2 - Quincenal..3 - Mensual....4 - Trimestral..5 - Semestral..6 - Anual.....7	
No.	PRODUCTO	CÓDIGO	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES	CÓD.	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES					
4	5	6	7	8	9	10	11											
80	Haba tierna?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
81	Lechuga?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
82	Nabo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
83	Pepinillo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
84	Pimiento?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
85	Rábano?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
86	Tomate riñón?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
87	Vainita (verdura)?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
88	Arveja seca?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
89	Chocho?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
90	Fréjol seco?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
91	Garbanzo seco?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
92	Haba seca?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
93	Lenteja?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
94	Azúcar?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
95	Cocoa?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP									
906	Subtotal																	

II. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS Y CERVEZA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

NÚMERO DE ORDEN	COMPRAS								AUTOCONSUMO/ AUTOSUMINISTRO/ SALARIO EN ESPECIE/ REGALOS/ TRUEQUE							
	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS del.....al..... algún miembro de este hogar compró:			¿Cada qué tiempo compran ... (PRODUCTO) ...?	¿Qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... compra ... (FRECUENCIA) ...?	¿Cuánto pagó en total?			¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, del.....al..... tomaron o recibieron ... (PRODUCTO) ... para el consumo del hogar, de su:	¿Cada cuánto tiempo obtienen o reciben ... (PRODUCTO) ...?	¿Qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... obtienen o reciben ... (FRECUENCIA) ...?	¿Cuánto tendría que pagar por ... (PRODUCTO) ... si tuvieran que comprarlo?				
				FRECUENCIA			USO INEC	VALOR TOTAL			FRECUENCIA		USO INEC	VALOR TOTAL		
						SR/A CODIFICADOR: Codifique la unidad de medida tomada de campo							SR/A CODIFICADOR: Codifique la unidad de medida tomada de campo			
No.	PRODUCTO	CÓDIGO	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES		CÓD.	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES		
	4		5	6			7	8		9	10			11		
96	Chocolate en barra y otras formas?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
97	Panela?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
98	Cereales preparados?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
99	Café?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
100	Condimentos?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
101	Mayonesa?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
102	Sal?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
103	Salsa de tomate?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
104	Agua sin gas?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
105	Agua mineral?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
106	Refrescos en polvo (Yupi, Tang, Gelatina en polvo, etc.)?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
107	Jugos en conserva?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
108	Gaseosas (colas)?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
109	Sambo, Zapallo?	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
110	Maní	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP							
907	Subtotal															

II. GASTOS EN ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS Y CERVEZA DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

NÚMERO DE ORDEN	COMPRAS							AUTOCONSUMO/ AUTOSUMINISTRO/ SALARIO EN ESPECIE/ REGALOS/ TRUEQUE						
	¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS del.....al..... algún miembro de este hogar compró:		¿Cada qué tiempo compran...(PRODUCTO)...	¿Qué cantidad de...(PRODUCTO)... compra...(FRECUENCIA)...	¿Cuánto pagó en total?			¿Durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, del.....al..... tomaron o recibieron...(PRODUCTO)... para el consumo del hogar, de su:		¿Cada cuánto tiempo obtienen o reciben...(PRODUCTO)...	¿Qué cantidad de...(PRODUCTO)... obtienen o reciben...(FRECUENCIA)...	¿Cuánto tendría que pagar por...(PRODUCTO)... si tuvieran que comprarlo?		
			FRECUENCIA - Diario.....1 - Semanal....2 - Quincenal..3 - Mensual....4 - Trimestral..5 - Semestral..6 - Anual.....7	USO INEC	VALOR TOTAL					FRECUENCIA - Diario.....1 - Semanal....2 - Quincenal..3 - Mensual....4 - Trimestral..5 - Semestral..6 - Anual.....7	USO INEC	VALOR TOTAL		
No.	PRODUCTO	CÓDIGO	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES		CÓD.	FRECUENCIA	CANTIDAD	UNIDAD MEDIDA	CÓD.	DÓLARES
	4		5	6		7	8	9	10		11			
111	Cerveza	SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
112	ALMUERZOS Y OTRAS COMIDAS → PASE A PREGUNTA 8							SI NO	1 2 → SP					
OTROS PRODUCTOS ALIMENTICIOS														
113		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
114		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
115		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
116		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
117		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
118		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
119		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
120		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
121		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
122		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
123		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
124		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					
125		SI NO	1 2 → 8					SI NO	1 2 → SP					

PASE "III"

III. SEGURIDAD ALIMENTARIA

1. ¿Durante las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS** del.....al....., el hogar tuvo **suficiente comida para alimentar a todos los miembros del hogar?**

- SI..... 1 → **3**

- NO..... 2

2. Cuando la comida no es suficiente, ¿Qué hacen principalmente en el hogar:

- 1- Disminuyen alguna de las comidas diarias?..... ☐
- 2- Disminuyen la cantidad a todos por igual?..... ☐
- 3- Disminuyen la cantidad a los adultos?..... ☐
- 4- Disminuyen la cantidad a los niños/as?..... ☐
- 5- Disminuyen la cantidad a las mujeres?..... ☐
- 6- Otra, cuál?..... ☐

3. ¿Durante las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS** del.....al....., el hogar tuvo **dificultades o problemas para pagar los gastos en alimentación?**

- SI..... 1

- NO..... 2 → **PASE "IV"**

4. ¿Para cubrir los gastos de alimentación principalmente:

- 1- Pidió prestado a un familiar?..... ☐
- 2- Pidió prestado a un amigo?..... ☐
- 3- Fió en la tienda?..... ☐
- 4- Dejó de comprar algunos productos?..... ☐
- 5- Vendió algún artefacto o electrodoméstico del hogar?..... ☐
- 6- Vendió algún animal del hogar?..... ☐
- 7- Gastó de sus ahorros?..... ☐
- 8- Utilizó tarjeta de crédito?..... ☐
- 9- Otra, cuál?..... ☐

PASE "IV"

IV. GASTOS NO ALIMENTICIOS

1. ¿En este hogar qué persona es la más informada sobre los gastos en **combustibles, productos para el cuidado del hogar, vestido, salud, electrodomésticos, muebles, vehículos, etc.?**

CÓD. PERSONA

2. ¿La entrevista se realiza con esta persona?

SI 1

NO 2

→ CÓD. PERSONA

3. ¿En este Hogar qué persona decide sobre las compras de la mayor parte de los productos como: **combustibles, productos para cuidado del hogar, vestido, salud, electrodomésticos, muebles, vehículos, etc.?**

CÓD. PERSONA

INTRODUCCIÓN: A continuación le voy a preguntar sobre los gastos que realizaron los miembros de este hogar durante la **SEMANA PASADA**

A. GASTOS SEMANALES

¿Durante la **SEMANA PASADA** los miembros de este hogar **gastaron** dinero en:

¿Cuánto **gastaron** en ..(RUBRO GASTO)..?

No.	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO	DÓLARES
1			2
1	Periódicos, diarios (No incluya suscripciones)?	SI NO	1 2 → SR
2	Llamadas telefónicas, correos, estampillas, alquiler de servicio de internet?	SI NO	1 2 → SR
3	Loterías, rifas, bingos o apuestas?	SI NO	1 2 → SR
4	Combustible y lubricantes para vehículos de uso del hogar?	SI NO	1 2 → SR
5	Peaje?	SI NO	1 2 → SR
6	Garaje o parqueadero?	SI NO	1 2 → SR
7	Dinero dado a los miembros del hogar menores de 12 años?	SI NO	1 2 → SR
8	Alimentos de mascotas?	SI NO	1 2 → B

INTRODUCCIÓN: A continuación le voy a preguntar sobre los gastos que realizaron los miembros de este hogar durante el **MES PASADO**

B. GASTOS MENSUALES

¿Durante el **MES PASADO** los miembros de este hogar **gastaron** dinero en:

¿Cuánto **gastaron** en ..(RUBRO GASTO)..?

No.	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO	DÓLARES
1			2
COMBUSTIBLES Y FUENTES DE ENERGÍA			
1	Velas de cualquier tipo?	SI NO	1 2 → SR
2	Carbón?	SI NO	1 2 → SR
3	Leña?	SI NO	1 2 → SR
4	Gas doméstico para cocinar?	SI NO	1 2 → SR
5	Gas doméstico para otros usos?	SI NO	1 2 → SR
6	Combustibles como gasolina, diesel o kerox? (no del vehículo)	SI NO	1 2 →

CONTINÚE "B"

SECCIÓN 10. GASTOS, OTROS INGRESOS Y EQUIPAMIENTO DEL HOGAR

PARTE A. - GASTOS -

IV. GASTOS NO ALIMENTICIOS

INTRODUCCIÓN: A continuación le voy a preguntar sobre los gastos que realizaron los miembros de este hogar durante el **MES PASADO**

B. GASTOS MENSUALES

¿Durante el MES PASADO los miembros de este hogar gastaron dinero en:				¿Cuánto gastaron en ..(RUBRO GASTO)..?			
No.	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO	DÓLARES	No.	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO	DÓLARES
1				2			
PRODUCTOS PARA EL CUIDADO DEL HOGAR							
7	Jabón para ropa y platos (barra o crema), detergente, suavizante, blanqueador (vanish, azul) y otros similares?	SI NO	1 2	→	SR		
8	Escobas, cepillos para pisos, de ropa o zapatos, trapeadores, plumero, rasqueteador, estropajos, limpión, esponjas y otros similares?	SI NO	1 2	→	SR		
9	Productos de limpieza (cera para pisos, desodorante ambiental, quita grasas, quita manchas, limpia vidrios y otros similares)?	SI NO	1 2	→	SR		
10	Focos (comunes-incandescentes/ahorradores/fluorescentes) o bombillos?	SI NO	1 2	→	SR		
11	Desinfectantes (pinoklín, florklín, creso, ajax cloro y otros similares)?	SI NO	1 2	→	SR		
12	Insecticidas y fungicidas para uso del hogar y otros similares?	SI NO	1 2	→	SR		
13	Papel higiénico, servilletas, papel absorbente y otros similares?	SI NO	1 2	→	SR		
14	Guantes para cocinar o lavar, fundas para la basura, pinzas y otros?	SI NO	1 2	→	SR		
15	Abrillantador, barniz, betún, pulimento, tinta para zapatos y otros similares?	SI NO	1 2	→	SR		
PRODUCTOS Y SERVICIOS PARA EL CUIDADO PERSONAL							
16	Corte de pelo, peinados, rizados, cepillado, tinturación y afeitado?	SI NO	1 2	→	SR		
17	Maquillaje, manicure, pedicure?	SI NO	1 2	→	SR		
18	Sauna, baño turco, masaje, gimnasio, piscina, SPA?	SI NO	1 2	→	SR		
19	Aceite para niños, brillantina, bronceador, repelente, talco, vaselina, protector solar?	SI NO	1 2	→	SR		
20	Afeitadora desechable, repuestos, tijeras, limas, corta uñas, pinzas?	SI NO	1 2	→	SR		
21	Jabón de tocador (líquido o sólido), jabón femenino?	SI NO	1 2	→	SP		
22	Esmalte de uñas, quita esmaltes, base de maquillaje, sombras, lápiz labial, brillo labial, polvo, delineadores, rimel?	SI NO	1 2	→	SR		
23	Pasta de dientes, cepillo de dientes, hilo dental, enjuague bucal?	SI NO	1 2	→	SR		
24	Cepillos, peinillas, peines, adornos y vinchas para el cabello, rulos?	SI NO	1 2	→	SR		
25	Toallas sanitarias, protectores, tampones, pañales desechables, pañuelos desechables, pañitos húmedos?	SI NO	1 2	→	SR		
26	Shampoo, rinse, gel, crema, fijador, laca, espuma de afeitar, desodorantes, colonias, loción y perfumes?	SI NO	1 2	→	SR		
GASTOS EN SALUD							
27	Preservativos (condones)?	SI NO	1 2	→	SR		
28	Anticonceptivos?	SI NO	1 2	→	SR		
SERVICIOS PARA EL HOGAR							
29	Empleada doméstica, cocinera, lavandera, planchadora, chofer, jardinero, guardián?	SI NO	1 2	→	SR		
30	Lavado en agua, lavado y planchado en seco (incluya reparación)?	SI NO	1 2	→	SR		
ESPARCIMIENTO, DIVERSIÓN, CULTURA Y ENSEÑANZA							
31	CD, DVD (grabados), discos y otros de la misma naturaleza?	SI NO	1 2	→	SR		
32	Libros, revistas, suscripciones (periódicos, revistas) (No incluya textos escolares)?	SI NO	1 2	→	SR		
33	Posters, cuadros, litografía, grabados en papel?	SI NO	1 2	→	SR		
34	Espectáculos, conciertos, estadios, parques, complejos turísticos, cines, etc.?	SI NO	1 2	→	SR		
OTROS GASTOS							
35	Alimentación y/o alojamiento de miembros de este hogar que por motivos de estudio o trabajo se encuentran fuera del hogar?	SI NO	1 2	→	SR		
DEDUCCIONES							
36	Aportes voluntarios al IESS de todos los miembros del hogar y de empleados domésticos?	SI NO	1 2	→	SR		
37	Aportes al IESS de todos los miembros del hogar (asalariados)?	SI NO	1 2	→	SR		
38	Aportes a asociaciones (del trabajo), retenciones judiciales?	SI NO	1 2	→	SR		
39	Pago por concepto de impuesto a la renta de los asalariados?	SI NO	1 2	→	C		

IV. GASTOS NO ALIMENTICIOS

INTRODUCCIÓN: A continuación le voy a preguntar sobre los gastos que realizaron los miembros de este hogar durante los ÚLTIMOS 3 MESES

C. GASTOS TRIMESTRALES

¿Durante los ÚLTIMOS 3 MESES (de.....a.....) los miembros de este hogar gastaron dinero en:

No.

RUBRO DE GASTO

CÓDIGO

DÓLARES

1

2

VESTIDO Y CALZADO

1

Telas para mandar a confeccionar prendas de vestir u otros?

SI
NO

1
2

→ SR

2

Hilo para coser o tejer, botones, elástico, encajes, cierres, tijeras u otros de la misma naturaleza?

SI
NO

1
2

→ SR

3

Prendas de vestir (No incluya uniformes escolares)?

SI
NO

1
2

→ SR

4

Confección o reparación de prendas de vestir?

SI
NO

1
2

→ SR

5

Zapatos, zapatillas, botas, sandalias, alpargatas?

SI
NO

1
2

→ SR

TEJIDOS PARA EL HOGAR Y OTROS ACCESORIOS

6

Cortinas, edredones, sábanas, toallas, almohadas, cobijas, manteles (incluye su reparación)?

SI
NO

1
2

→ SR

7

Floreros, ceniceros, figuras de porcelana o cristal, lámparas, macetas, linternas, portaretratos, etc.?

SI
NO

1
2

→ SR

MANTENIMIENTO DEL VEHÍCULO Y REPUESTOS

8

Reparación, mantenimiento y repuestos del vehículo, lanchas o motocicleta para uso del hogar (No incluye combustibles)?

SI
NO

1
2

→ SR

GASTOS EN SALUD (Excepto embarazo o parto)

9

MEDICAMENTOS con o sin receta para alguna enfermedad (antibióticos, analgésicos, antigripales, vitaminas, antiácidos, etc.?

SI
NO

1
2

→ SR

10

CONSULTAS A PROFESIONALES (médicos generales, médicos especialistas)?

SI
NO

1
2

→ SR

11

CONSULTAS A NO PROFESIONALES (curanderos)?

SI
NO

1
2

→ SR

12

HOSPITALIZACIÓN (incluye servicios administrativos y médicos)?

SI
NO

1
2

→ SR

13

MEDICINA ALTERNATIVA (medicamentos homeopáticos, naturistas)?

SI
NO

1
2

→ SP

14

Exámenes de LABORATORIO CLÍNICO (orina, heces, sangre, cultivo microbiológico, exámenes microbiológicos, etc.)?

SI
NO

1
2

→ SR

15

Exámenes de IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (Rayos X, tomografía computarizada e imágenes magnéticas nucleares, rastreo nucleares, ecografías)?

SI
NO

1
2

→ SR

16

LENTE Y OTROS PRODUCTOS PARA LA VISIÓN (lentes correctivos y lentes de contacto, líquido para limpieza)?

SI
NO

1
2

→ SR

¿Durante los ÚLTIMOS 3 MESES (de.....a.....) los miembros de este hogar gastaron dinero en:

No.

RUBRO DE GASTO

CÓDIGO

DÓLARES

1

2

SERVICIOS DE AMBULANCIA y otro transporte de emergencia?

SI
NO

1
2

→ SR

18

APARATOS ORTOPÉDICOS Y OTRAS PRÓTESIS (zapatos, abrazaderas y cuellos ortopédicos, miembros artificiales, etc.)?

SI
NO

1
2

→ SR

19

APARATOS O DISPOSITIVOS AUDITIVOS?

SI
NO

1
2

→ SR

20

CONSULTAS A DENTISTAS, PLACAS DENTALES, PRÓTESIS, ORTODONCIA u otros tratamientos odontológicos?

SI
NO

1
2

→ SR

21

SEGUROS DE SALUD PRIVADOS (cuotas a hospitales o clínicas, cuotas a compañías de seguros)?

SI
NO

1
2

→ SR

22

Otros GASTOS relacionados con la salud?

SI
NO

1
2

→ SR

GASTOS POR EMBARAZO Y PARTO

23

MEDICAMENTOS (medicinas, vitaminas, etc.)?

SI
NO

1
2

→ SR

24

CONSULTAS A PROFESIONALES (médicos generales, médicos especialistas)?

SI
NO

1
2

→ SR

25

CONSULTAS A NO PROFESIONALES (parteras)?

SI
NO

1
2

→ SR

26

HOSPITALIZACIÓN (incluye servicios administrativos y médicos)?

SI
NO

1
2

→ SR

27

SERVICIOS DE AMBULANCIA y otro transporte de emergencia?

SI
NO

1
2

→ SR

28

Exámenes de LABORATORIO CLÍNICO (orina, heces, sangre, cultivo microbiológico, exámenes microbiológicos, etc.)?

SI
NO

1
2

→ SR

29

Exámenes de IMÁGENES DIAGNÓSTICAS (Ecografías)?

SI
NO

1
2

→ SR

30

Otros GASTOS relacionados al embarazo o parto?

SI
NO

1
2

→

→

PASE "D"

OBSERVACIONES:

66

IV. GASTOS NO ALIMENTICIOS

INTRODUCCIÓN: A continuación le voy a preguntar sobre los gastos que realizaron los miembros de este hogar durante los ÚLTIMOS 12 MESES

D. GASTOS ANUALES

¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....) los miembros de este hogar gastaron dinero en:

¿Cuánto gastaron en ..(RUBRO GASTO)..?

No.	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO	DÓLARES
1			2

ELECTRODOMÉSTICOS, MUEBLES, UTENSILIOS Y CRISTALERÍA PARA EL HOGAR (Incluya reparación)

1	Cocinas, refrigeradoras, lavadoras, congeladoras, máquinas de coser, aspiradoras, hornos y otros similares?	SI NO	1 2 → SR	
2	Muebles de sala, comedor, dormitorio, anaqueles, escritorios, colchones y otros similares?	SI NO	1 2 → SR	
3	Vajillas, bandejas, cucharones, ollas, vasos, cubiertos y otros similares?	SI NO	1 2 → SR	
4	Secadora de pelo, alisadora, onduladora, afeitadora eléctrica y otros similares?	SI NO	1 2 → SR	
5	Planchas, licuadoras, batidoras, tostadoras y otros similares?	SI NO	1 2 → SR	

ARTÍCULOS DE RECREO, CULTURALES Y DEPORTIVOS (Incluye su reparación)

6	Televisores, equipos de sonido, teléfonos (convencional y celular), DVD (aparato), blu ray, cámaras de video, cine en casa?	SI NO	1 2 → SR	
7	Computadoras, tablet, disco duro externo, flash memory, calculadoras, máquinas de escribir?	SI NO	1 2 → SR	
8	Cámaras fotográficas, memory, rollo de fotos, proyectores cinematográficos?	SI NO	1 2 → SR	
9	Órganos, guitarras, flautas y otros similares?	SI NO	1 2 → SR	
10	Juguetes, artículos deportivos y recreativos (equipos de camping, balones, raquetas, pesas, redes, guantes y otros similares)?	SI NO	1 2 → SR	

ARTÍCULOS DE JOYERÍA Y FANTASÍA (Incluye su reparación)

11	Relojes, aretes, anillos, pulseras, cadenas, pendientes, collares, prendedores y otros similares?	SI NO	1 2 → SR	
----	---	----------	--	--

VEHÍCULOS PARA USO DEL HOGAR

12	Automóviles, camionetas, furgonetas, motocicletas para uso del hogar?	SI NO	1 2 → SR	
13	Bicicletas (Incluye reparación)?	SI NO	1 2 → SR	

SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE Y TOURS

14	Pago de fletes y mudanzas?	SI NO	1 2 → SR	
15	Pasajes por vía terrestre, aérea, marítima u otros, nacionales e internacionales?	SI NO	1 2 → SR	

¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....) los miembros de este hogar gastaron dinero en:

¿Cuánto gastaron en ..(RUBRO GASTO)..?

No.	RUBRO DE GASTO	CÓDIGO	DÓLARES
1			2

SERVICIOS DE ALOJAMIENTO

16	Hoteles, hosterías y giras turísticas?	SI NO	1 2 → SR	
----	--	----------	--	--

OTROS GASTOS

17	Fiestas, bautizos, matrimonios, cumpleaños, regalos y otros?	SI NO	1 2 → SR	
18	Funerales?	SI NO	1 2 → SR	
19	Honorarios por la emisión de documentos (cédula de identidad, certificados de nacimiento, matrimonios, defunciones)?	SI NO	1 2 → SR	

SERVICIOS PROFESIONALES, SEGUROS PRIVADOS Y CUOTAS PREPAGADAS

20	Servicios financieros?	SI NO	1 2 → SR	
21	Servicios jurídicos, contables, notarios, escribanos y otros?	SI NO	1 2 → SR	
22	Seguros de vida?	SI NO	1 2 → SR	
23	Seguros SOAT?	SI NO	1 2 → SR	
24	Seguros contra robos de vehículos y otros?	SI NO	1 2 → SR	

IMPUESTOS Y OTRAS TRANSFERENCIAS

25	Impuestos a la renta (excepto por trabajo de asalariados e independientes), a la propiedad (impuesto predial), al rodaje, al traspaso de inmuebles, vehículos y otros?	SI NO	1 2 → SR	
26	Matrícula del vehículo, licencia de manejo, permisos, multas y otros?	SI NO	1 2 → SR	
27	Impuestos por herencias, legados, loterías, rifas?	SI NO	1 2 → SR	
28	Aportaciones a clubes y asociaciones profesionales, gremiales o culturales?	SI NO	1 2 → SR	
29	Donaciones o envíos de dinero a familiares, amigos o instituciones de caridad dentro del país?	SI NO	1 2 → SR	
30	Donaciones o envíos de dinero a familiares, amigos o instituciones de caridad fuera del país?	SI NO	1 2 → SR	
31	Pago por pensión de alimentos?	SI NO	1 2 →	

PARTE A. - GASTOS -

INTRODUCCIÓN: A continuación le voy a preguntar sobre los bienes y servicios, (excepto alimentos) que recibieron los miembros del hogar sin tener que comprar durante los **ÚLTIMOS 12 MESES**

OBSERVACIONES:

¿Cuánto estima que **tendría que pagar** por estos/as ...**(BIEN O SERVICIO)**... si tuviera que **comprarlo**?

“PARTE B”

OTROS INGRESOS DEL HOGAR

SEÑOR/A desde esta parte le preguntaré sobre los ingresos que usted y los demás miembros del hogar han recibido por **INTERESES, DIVIDENDOS, BECAS, TRANSFERENCIAS Y OTROS INGRESOS**, además requiero conocer acerca de entradas y salidas de dinero.

A. INGRESOS DERIVADOS DEL CAPITAL O INVERSIONES

¿Durante el MES PASADO, usted o algún miembro de este hogar recibió ingresos por concepto de:

No.

RUBRO INGRESO

CÓDIGO

DÓLARES

1

2

1

Alquiler de casa, terreno, edificios, maquinarias, etc.?

SI

NO

1

2

→ SR

¿Durante LOS ÚLTIMOS 3 MESES (de.....a.....), usted o algún miembro de este hogar recibió ingresos por concepto de INTERESES O DIVIDENDOS de:

No.

RUBRO INGRESO

CÓDIGO

DÓLARES

3

4

1

Plazo fijo?

SI

NO

1

2

→ SR

2

Préstamos otorgados?

SI

NO

1

2

→ SR

3

Bonos o acciones?

SI

NO

1

2

→ B

B. TRANSFERENCIAS Y OTRAS PRESTACIONES RECIBIDAS

¿Durante el MES PASADO, usted o algún miembro de este hogar recibió ingresos por concepto de:

No.

RUBRO INGRESO

CÓDIGO

DÓLARES

1

2

1

Pensión por jubilación?

SI

NO

1

2

→ SR

2

Pensión alimenticia?

SI

NO

1

2

→ SR

3

Pensión por orfandad, viudez, enfermedad, invalidez, divorcio?

SI

NO

1

2

→ SR

¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....) usted o algún miembro de este hogar recibieron ingresos por concepto de:

No.

RUBRO INGRESO

CÓDIGO

DÓLARES

3

4

1

Becas de estudio?

SI

NO

1

2

→ C

C. OTROS INGRESOS

¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....) usted o algún miembro de este hogar recibió ingresos por concepto de:

No.

RUBRO INGRESO

CÓDIGO

DÓLARES

1

2

1

Indemnización por seguros?

SI

NO

1

2

→ SR

2

Herencias, legados?

SI

NO

1

2

→ SR

3

Loterías, concursos, rifas, juegos de azar?

SI

NO

1

2

→ SR

4

Compensaciones por accidentes de trabajo, compra de renuncia, fondos de reserva, cesantía, otros?

SI

NO

1

2

→ SR

5

Bono de la vivienda?

SI

NO

1

2

→ D1

D1. TRANSACCIONES FINANCIERAS

¿Durante los ÚLTIMOS 3 MESES (de.....a.....) usted o algún miembro de este hogar:

ENTRADAS DE DINERO

¿Cuánto en total?

No.

RUBRO

CÓDIGO

DÓLARES

1

2

1

Retiró dinero de los ahorros que tenían en: casa, cadenas, bancos, cooperativas u otras entidades financieras?

SI

NO

1

2

→ SR

2

Retiró dinero por devolución de impuestos del SRI, como Impuesto a la Renta, IVA?

SI

NO

1

2

→ SR

SALIDAS DE DINERO

¿Cuánto en total?

No.

RUBRO

CÓDIGO

DÓLARES

3

4

3

Ahorró dinero en: casa, cadenas, bancos, cooperativas u otras entidades financieras?

SI

NO

1

2

D. TRANSACCIONES FINANCIERAS

¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....) usted o algún miembro de este hogar:

ENTRADAS DE DINERO

¿Cuánto en total?

No.

RUBRO

CÓDIGO

DÓLARES

1

2

1

Vendieron bonos, acciones u otros documentos similares?

SI

NO

1

2

→ SR

2

Vendieron casas, terrenos, vehículos, maquinaria, joyas, electrodomésticos, muebles u otros activos fijos?

SI

NO

1

2

→ SR

3

Cobraron préstamos otorgados por usted (es)?

SI

NO

1

2

→ SR

4

Vendieron negocios de propiedad de algún miembro del hogar?

SI

NO

1

2

→ SR

SALIDAS DE DINERO

¿Cuánto en total?

No.

RUBRO

CÓDIGO

DÓLARES

3

4

5

Otorgaron préstamos en dinero?

SI

NO

1

2

→ SR

6

Compraron bonos, acciones u otros documentos similares?

SI

NO

1

2

→ SR

7

Compraron casas o departamentos?

SI

NO

1

2

→ SR

8

Compraron terrenos, parcelas o fincas?

SI

NO

1

2

→ SR

9

Compraron local comercial o instalaron algún negocio?

SI

NO

1

2

→ SR

10

Realizó pago a clubes de compras o concesionarios?

SI

NO

1

2

→ SR

11

Realizó pago de préstamos o pago de cuotas de artículos adquiridos a crédito antes de los doce últimos meses?

SI

NO

1

2

→ PC

CONTINÚE "D"

69

SECCIÓN 10. GASTOS, OTROS INGRESOS Y EQUIPAMIENTO DEL HOGAR							PARTE C. - CRÉDITO -				
I. CRÉDITO DE DINERO PARA EL HOGAR											
1. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....), usted o algún miembro del hogar obtuvieron préstamos en dinero para gastos en el hogar, tales como: muebles, electrodomésticos, ropa, estudios, vivienda, vehículos, entre otros?											
SI..... 1 → ¿Cuántos préstamos? 2 → NO..... 2 → PASE "C II"											
P R E S T A M O S	¿De qué Institución o persona obtuvieron el préstamo?	¿Para qué usaron este préstamo principalmente?	¿Cuál fue el monto que le dieron de préstamo sin incluir intereses?	¿Cómo paga o pagó el préstamo:	¿Qué tasa de interés les cobraron y por qué tiempo?	¿Qué tiempo le dieron para pagar el préstamo?	¿Cuánto dinero pagaron por el préstamo hasta la fecha, incluido intereses?	¿Qué dejaron de garantía por el préstamo?	¿Qué documento firmaron o entregaron?		
	- Instituciones Financieras Públicas BNF/CFN, MIDUVI..... 1	- Compra de vivienda 1		- Cuota fija?... 1	TIEMPO	PLAZO		- Terrenos..... 1	- Pagaré..... 1		
	- BIESS..... 2	- Construcción de vivienda..... 2			- Diario..... 1	- Días..... 1		- Casas/ otras edificaciones.. 2	- Letra de Cambio..... 2		
	- Bancos Privados/Mutualistas/Financieras Privadas 3	- Remodelación de vivienda..... 3		- Cuota variable?... 2	- Semanal... 2	- Semanas..... 2		- Vehículos..... 3	- Prenda..... 3		
	- Cooperativas de Ahorro y Crédito..... 4	- Enfermedad..... 4			- Quincenal... 3	- Quincenas... 3		- Bienes muebles..... 4	- Hipoteca..... 4		
	- Bancos Comunales/Caja Comunal/Asociación de Productores/ Comerciantes, etc..... 5	- Vehículos..... 5			- Mensual.... 4	- Meses..... 4		- Joyas..... 5	- Cheque post-datado.. 5		
	- Organizaciones no gubernamentales..... 6	- Electrodomésticos..... 6			- Trimestral.. 5	- Trimestres.... 5		- Documentos Negociables... 6	- Voucher..... 6		
	- Prestamistas/Chulqueros..... 7	- Viajes..... 7			- Semestral.. 6	- Semestres.... 6	NADA = 00	- Otro, cuál?..... 7	- Otro, cuál?..... 7		
	- Familiares o Amigos..... 8	- Muebles 8			- Anual..... 7	- Años..... 7		- Nada..... 8	- Ninguno..... 8		
	- Otra, cuál?..... 9	- Alimentos 9			- No sabe.... 8	- No sabe..... 8					
	- Prestamistas/Chulqueros..... 7										
	- Familiares o Amigos..... 8										
	- Otra, cuál?..... 9										
No.	CÓDIGO	CÓDIGO	DÓLARES	CÓDIGO	TASA %	TIEMPO	NÚMERO	PLAZO	DÓLARES	CÓDIGO	CÓDIGO
	2	3	4	5	6		7	8		9	10
1											
2											
3											
4											

SECCIÓN 10. GASTOS, OTROS INGRESOS Y EQUIPAMIENTO DEL HOGAR							PARTE C. - CRÉDITO -		
II. COMPRAS A CRÉDITO PARA EL HOGAR									
1. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....), usted o algún miembro del hogar ha comprado bienes o productos a crédito para uso del hogar (NO INCLUYA ALIMENTOS)?									
SI..... 1 → ¿Cuántas compras? 2 → NO..... 2 → PARTE "D"									
C O M P R A S C R É D I T O	¿Qué tipo de bien, producto o servicio compraron a crédito?	¿De qué Institución o persona obtuvieron el crédito?	¿Cuál fue el monto total de la compra a crédito (incluya intereses y recargos)?	¿Cuál fue el valor de entrada que dio por la compra a crédito?	¿Cómo paga o pagó el crédito:	¿Cuánto dinero pagaron por las compras a crédito hasta la fecha?	¿Si hubiese tenido que COMPRAR DE CONTADO, cuánto hubiese tenido que pagar por la compra?	¿Qué dejaron de garantía por el crédito?	¿Qué documento firmaron o entregaron?
	- Electrodomésticos..... 1	- Almacenes..... 1			- Cuota fija?.... 1			- Terrenos..... 1	- Pagaré..... 1
	- Equipos telefónicos y de procesamiento de datos..... 2	- Comerciante sin local..... 2						- Casas/ otras edificaciones.. 2	- Letra de Cambio..... 2
	- Vestido y calzado..... 3	- Banco/Mutualista..... 3			- Cuota variable?..... 2			- Vehículos..... 3	- Prenda..... 3
	- Muebles 4	- Coop. de Ahorro y Crédito/ Asoc. Produc./Comer..... 4		NADA = 00		NADA = 00		- Bienes muebles..... 4	- Hipoteca..... 4
	- Medicinas..... 5	- Familiares o amigos..... 5						- Joyas..... 5	- Cheque post-datado. 5
	- Vehículos..... 6	- Agencias de Viajes..... 6						- Documentos Negociables... 6	- Voucher..... 6
	- Vivienda..... 7	- Otro, cuál?..... 7						- Otro, cuál?..... 7	- Otro, cuál?..... 7
	- Terrenos 8							- Nada..... 8	- Ninguno..... 8
	- Viajes 9								
- Estudios..... 10									
- Otros artículos para el Hogar?..... 11									
No.	CÓDIGO	CÓDIGO	DÓLARES	DÓLARES	CÓDIGO	DÓLARES	DÓLARES	CÓDIGO	CÓDIGO
	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									
4									

I. EQUIPAMIENTO Y PROPIEDADES DEL HOGAR

¿Tiene este Hogar ...(BIEN)...:					¿Cuántos tiene?	¿Qué tiempo tiene el...(BIEN)...? Sr/a.Encuestador: Si hay más de 1, refiérase al más nuevo	¿Cuánto cree que vale ... (BIEN)... en el mismo estado en que se encuentra actualmente?
No.	BIEN	CÓDIGO	NÚMERO DE BIENES	TIEMPO DE TENENCIA EN AÑOS	DÓLARES		
1			2	3	4		
EQUIPAMIENTO							
1	Aire acondicionado?	SI NO	1 2	→ SB			
2	Batidora?	SI NO	1 2	→ SB			
3	Betamax, VHS, VCD, DVD, Blu Ray, Teatro en casa?	SI NO	1 2	→ SB			
4	Bicicleta?	SI NO	1 2	→ SB			
5	Cámara de video?	SI NO	1 2	→ SB			
6	Cocina con o sin horno?	SI NO	1 2	→ SB			
7	Cocina de inducción?	SI NO	1 2	→ SB			
8	Cocineta	SI NO	1 2	→ SB			
9	Computador laptop, notebook, tablet?	SI NO	1 2	→ SB			
10	Computador de escritorio?	SI NO	1 2	→ SB			
11	Equipo de sonido/ Minicomponente?	SI NO	1 2	→ SB			
12	Extractor de olores?	SI NO	1 2	→ SB			
13	Hornos de toda clase?	SI NO	1 2	→ SB			
14	Juego de video, Play Station, Nintendo, Wii, etc.?	SI NO	1 2	→ SB			
15	Lavadora de ropa?	SI NO	1 2	→ SB			
16	Lavadora secadora de ropa?	SI NO	1 2	→ SB			
17	Lavadora de platos?	SI NO	1 2	→ SB			
18	Licuada?	SI NO	1 2	→ SB			

¿Tiene este Hogar ...(BIEN)...:					¿Cuántos tiene?	¿Qué tiempo tiene el...(BIEN)...? Sr/a.Encuestador: Si hay más de 1, refiérase al más nuevo	¿Cuánto cree que vale ... (BIEN)... en el mismo estado en que se encuentra actualmente?
No.	BIEN	CÓDIGO	NÚMERO DE BIENES	TIEMPO DE TENENCIA EN AÑOS	DÓLARES		
1			2	3	4		
19	Línea telefónica?	SI NO	1 2	→ SB			
20	Máquinas de coser?	SI NO	1 2	→ SB			
21	Máquina grandes para ejercitarse?	SI NO	1 2	→ SB			
22	Máquina de escribir	SI NO	1 2	→ SB			
23	Microondas?	SI NO	1 2	→ SB			
24	Plancha?	SI NO	1 2	→ SB			
25	Radio grabadora?	SI NO	1 2	→ SB			
26	Refrigeradora?	SI NO	1 2	→ SB			
27	Secadora de ropa?	SI NO	1 2	→ SB			
28	Televisor Blanco/ negro?	SI NO	1 2	→ SB			
29	Televisor Plasma/ LCD/ LED?	SI NO	1 2	→ SB			
30	Televisor a Color?	SI NO	1 2	→ SB			
31	Ventilador?	SI NO	1 2	→ SB			
32	Waflera (sanduchera)?	SI NO	1 2	→ SB			
33	Carro para uso exclusivo del hogar?	SI NO	1 2	→ SB			
34	Motocicleta?	SI NO	1 2	→ SB			
35	Terrenos (excluye uso agropecuario)?	SI NO	1 2	→ SB			
36	Casas, departamentos?	SI NO	1 2	→ SB			
37	Locales comerciales?	SI NO	1 2	→ SS			

SECCIÓN 11. - PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE VIDA, CAPITAL SOCIAL, SEGURIDAD CIUDADANA Y RETORNO MIGRATORIO - (Jefe de Hogar o cónyuge)

I. PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE VIDA

1. ¿Con los ingresos que el hogar recibe, **USTED ESTIMA** que:

- Viven bien?..... 1
- Viven más o menos bien?..... 2
- Viven mal?..... 3

2. ¿En cuánto estima **USTED** el **MONTO MÍNIMO MENSUAL** que requiere su **HOGAR** para vivir bien?

MONTO EN DÓLARES

\$

3. ¿Con la actual **SITUACIÓN ECONÓMICA** de su hogar principalmente:

- Logran ahorrar dinero?..... 1
- Apenas logran equilibrar sus ingresos y gastos? 2
- Se ven obligados a gastar los ahorros?..... 3
- Se ven obligados a endeudarse?..... 4

4. ¿De acuerdo a su condición económica **USTED CONSIDERA** que su hogar es:

- Muy pobre?..... 1
- Pobre? 2
- Más o menos pobre?..... 3
- No pobre?..... 4

5. ¿Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES** (de..... a.....) **EL NIVEL DE VIDA DE SU HOGAR**:

- Mejoró?..... 1
- Está igual? 2
- Empeoró?..... 3

7

6. ¿Por qué mejoró el nivel de vida de su hogar:

SI NO

- 1- Encontró empleo estando sin trabajo?.....
- 2- Encontró mejor trabajo?.....
- 3- Trabajan más miembros del hogar?.....
- 4- Instaló un negocio?.....
- 5- Recibió Donaciones / transferencias / rentas?.....
- 6- Aumentó ingresos por trabajo independiente?.....
- 7- Aumentó ingresos por trabajo dependiente?.....
- 8- Otro, cuál (especifique)?.....

II. SITUACIONES ADVERSAS

7. En los últimos 12 meses (de ... a ...) ¿Su hogar se vio afectado por alguno de los siguientes problemas:

SI NO

- 1- Pérdida de empleo de algún miembro del hogar?.....
- 2- Quiebra del negocio familiar ?.....
- 3- Enfermedad o accidente grave de algún miembro del hogar ?.....
- 4- Abandono del jefe de hogar?.....
- 5- Hecho delictivo (robo, asalto, etc.)?.....
- 6- Desastres naturales (sequia, tormenta, plaga, inundación, etc.)?.....
- 7- Otro, cuál (especifique)?.....

SI TODO ES NEGATIVO PASE A P.11

8. ¿Este(os) problema(s) ha(n) significado principalmente para el hogar:

- Disminución de ingresos?..... 1
- Pérdida de bienes / patrimonio?..... 2
- Ambos?..... 3
- Ninguno..... 4

11

9. ¿Qué hicieron los miembros del hogar para solucionar esta disminución o pérdida de ingresos / bienes / patrimonio:

SI NO

- 1- Gastaron sus ahorros o capital?.....
- 2- Empeñaron o vendieron bienes (joyas, muebles, maquinarias, etc.)?.....
- 3- Obtuvieron préstamos?.....
- 4- Consiguieron otros trabajos?.....
- 5- Recibieron ayuda del gobierno?.....
- 6- Disminuyeron alimentación, consumo?.....
- 7- Otro, cuál (especifique)?.....

10. ¿La disminución o pérdida de ingresos / bienes / patrimonio, se solucionó totalmente?

- Si..... 1
- No..... 2

III. ACCIÓN VECINAL O COMUNAL

11. ¿En los últimos 12 meses algún miembro del hogar han sido **miembros activos** de alguno de los siguientes tipos de grupos o asociaciones en su **barrio o comunidad**:

SI NO

- 1- Grupos Religiosos?.....
- 2- Clubes Deportivos?.....
- 3- Asociaciones Sociales?.....
- 4- Cooperativas o Asociación de producción?.....
- 5- Comités Barriales o Comunitarios?.....
- 6- Organizaciones de mujeres?.....
- 7- Grupo Político?.....
- 8- Otro, cual?.....

12. ¿En los últimos 12 meses ¿Se ha unido a otros miembros de su barrio o comunidad **para resolver un problema o trabajo juntos**?

- Si..... 1
- No..... 2

13. En los últimos 12 meses ¿**Ha conversado con autoridades locales representantes del gobierno** acerca de un problema de su barrio o comunidad?

- Si..... 1 - No..... 2

14. ¿En relación a la mayoría de los hogares de su barrio o comunidad, considera **USTED** que su hogar es:

- Más pobre?..... 1
- Igual?..... 2
- Más rico?..... 3

15. La mayoría de personas en este barrio o comunidad se **llevan bien entre ellos**?

- Si..... 1 - No..... 2

16. ¿En general **USTED** cree que se puede confiar en la mayoría de las personas de este barrio o comunidad?

- Si..... 1 - No..... 2

17. ¿Se siente **USTED** que es realmente parte de este barrio o comunidad?

- Si..... 1 - No..... 2

18. ¿Siente **USTED** que la mayoría de personas en este barrio o comunidad tratarían de aprovecharse de usted si ellos tuvieran la oportunidad?

- Si..... 1 - No..... 2

SECCIÓN 11. - PERCEPCIÓN DEL NIVEL DE VIDA, CAPITAL SOCIAL, SEGURIDAD CIUDADANA Y RETORNO MIGRATORIO - (Jefe de Hogar o cónyuge)

IV. PERCEPCIÓN DE LA FELICIDAD

19.- En una escala de 1 a 10 donde 1 significa totalmente infeliz y 10 significa totalmente feliz ¿Cómo se siente usted con respecto a:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 1- Su profesión?..... ☐
- 2- Su trabajo?..... ☐
- 3- Su situación financiera?..... ☐
4. Su situación de salud?..... ☐
- 5- Su vivienda?..... ☐
- 6- Su tiempo libre?..... ☐
- 7- Su familia?..... ☐
- 8- Su educación?..... ☐
- 9- El medio ambiente..... ☐
10. La vida social (relaciones sociales)?..... ☐
- 11- Su estado civil?..... ☐
12. Su participación dentro de su comunidad vecindario y/o barrio?..... ☐
- 13- El gobierno?..... ☐
- 14- La satisfacción general tomando en cuenta todos los aspectos de su vida?..... ☐

V. AUTONOMÍA DECISIONAL

20.- En una escala de 1 a 5 donde 1 significa ninguna libertad para decidir y 5 completa libertad para decidir. ¿En qué escala considera que se encuentra USTED?

Ninguna libertad Completa libertad

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Escala..... ☐ 1 **JEFE**

- Escala..... ☐ 2 **CÓNYUGE**

21.- ¿Quién **DECIDE** sobre:

Yo..... 1	Mi pareja..... 2
Juntos con mi pareja 3	Otra persona.....4
No aplica..... 5	

- | | JEFE | CÓNYUGE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1- Si trabajar o no?..... | ☐ | ☐ |
| 2- Cuántas horas trabajar?..... | ☐ | ☐ |
| 3- Dónde trabajar?..... | ☐ | ☐ |
| 4. En qué trabajar?..... | ☐ | ☐ |
| 5- Quién se queda en la casa cuidando a los hijos y a las necesidades del hogar?..... | ☐ | ☐ |
| 6- Hasta que nivel educativo y grado estudian los hijos?..... | ☐ | ☐ |
| 7- Sobre que hacer si su hijo se enferma?..... | ☐ | ☐ |
| 8- Sobre gastos para los hijos?..... | ☐ | ☐ |
| 9- Sobre gastos personales?..... | ☐ | ☐ |
| 10. Como usar el ingreso de su trabajo?..... | ☐ | ☐ |
| 11- Compras grandes, como automóviles o vivienda?..... | ☐ | ☐ |
| 12. Sobre como vestirse?..... | ☐ | ☐ |
| 13- Qué hacer en el tiempo libre?..... | ☐ | ☐ |

VI. SEGURIDAD CIUDADANA

22.-¿En los últimos 12 meses de.....a....., algún miembro del hogar ha sido **VÍCTIMA DE ASALTO**, intento de robo, chantaje, violación u otra acción delictiva?

- | | SI | NO |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Si..... ☐ 1 | ☐ | ☐ |
| - Intento?..... | ☐ | ☐ |
| - No..... ☐ 2 | → 24 | |

23.- ¿ En los últimos 12 meses de a..... **USTED** o algún **miembro del hogar** ha sido **VÍCTIMA** de algún **TIPO DE DELITO** como:

	SI		NO		Denunció en forma escrita el delito?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1- Hurto (Sin violencia)?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2- Robo/asalto a personas (con violencia).....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3- Estafa/fraude/paquetazo?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4- Intimidación/amenaza?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5- Herida/lesión?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6- Otro, cuál?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24.- ¿ En los últimos 12 meses de a..... **su hogar** ha sido **VÍCTIMA** de algún delito como:

	SI		NO		Denunció en forma escrita el delito?	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1- Robo parcial del automotor?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2- Robo a la vivienda?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3- Robo total del automotor?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4- Otro, cuál?.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VII . PLAN BIENVENIDOS A CASA

25. A partir del 2007, ¿algún miembro de este hogar que vivió en otro país **RETORNÓ PARA QUEDARSE DEFINITIVAMENTE**?

- SI.....	☐ 1	→ ¿Cuántos? →	☐	☐
- NO.....	☐ 2			

Pase a Sección 12

SE ACOGIÓ AL PLAN BIENVENIDOS A CASA

CÓD.	NOMBRE DE PERSONAS	SI	NO

SECCIÓN 12. NEGOCIOS DEL HOGAR Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES

PARTE A. - DATOS DEL NEGOCIO/ACTIVIDAD -

PARA DILIGENCIAR CORRECTAMENTE ESTA SECCIÓN, CONSULTE LAS PREGUNTAS 15 Y 22, 55 Y 62 DE OCUPACIÓN Y POSICIÓN OCUPACIONAL DE LA SECCIÓN 7: ACTIVIDADES ECONÓMICAS.

1. Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES** (de....a....) alguna o algunas personas de este **Hogar** tienen o tuvieron en propiedad algún **Negocio, Empresa, Comercio, Industria**, prestaron algún **servicio** o trabajaron como profesionales **INDEPENDIENTES** O **TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA, PATRONO O SOCIOS?** (taxistas, peluqueros, sastres, médicos, abogados, etc.)

SI..... 1

☐

¿Cuántos?

☐

Preg. 2

NO..... 2

☐

PASE A SECCIÓN 13

NEGOCIO/ACTIVIDAD	I. IDENTIFICACIÓN DEL NEGOCIO	II. MOTIVO DE INICIO	III. INFORMANTE			IV. ACTIVIDAD DEL NEGOCIO	V. TIPO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE OFRECE EL NEGOCIO				VI. TIEMPO	
	¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL O LOS NEGOCIOS QUE EXISTEN O EXISTIERON EN EL HOGAR? (Sin nombre = S/N) REGISTRE CADA NEGOCIO EN UNA LÍNEA	¿Cuál fue el principal motivo por el que inició este NEGOCIO (ACTIVIDAD)? - Incentivo o apoyo del Gobierno..... 1 - Quiere ser independiente... 2 - Tradición familiar 3 - Para completar el ingreso familiar 4 - Por un mayor ingreso que el que recibe como asalariado. 5 - No encontró trabajo como asalariado 6 - Horario flexible 7 - Despido/recorte de personal 8 - Otro, cuál?..... 9	¿Quién es la persona miembro del hogar que dirige y toma las decisiones sobre el funcionamiento del NEGOCIO (ACTIVIDAD)?	¿Esta persona es el informante?	¿A qué se dedica o qué hace principalmente el NEGOCIO (ACTIVIDAD)? es decir, qué fabrica, qué produce, qué vende, qué servicio presta o qué productos recoge? EJEMPLOS DE REGISTRO DE ACTIVIDAD: - Explotación de piedra para la construcción - Pesca artesanal - Servicio de hospedaje - Venta ambulante de comida preparada - Educación nivel primario - Mantenimiento y reparación de vehículos - Construcción y reparación de edificios - Confección y reparación de prendas de vestir - Venta al por menor de abarrotes en tienda - Venta al por menor de verduras en puesto de mercado - Venta ambulante de caramelos, lotería, periódico - Reparación de radios, TV, equipos de sonido - Transporte de pasajeros en bus urbano - Servicio de lavado, corte y peinado de cabello	¿Cuáles son los 2 principales productos/ servicios que proporciona el NEGOCIO (ACTIVIDAD)?	PRODUCTO 1/ SERVICIO 1	USO INEC CÓDIGO	PRODUCTO 2/ SERVICIO 2	USO INEC CÓDIGO	MESES	¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de....a....), cuántos meses funcionó el NEGOCIO (ACTIVIDAD)? MENOS DE UN MES = 00
No	2	3	4	5	6	USO INEC CÓDIGO	7	8	9	No		
01											01	
02											02	
03											03	

NEGOCIO/ACTIVIDAD	VII. CARACTERÍSTICAS DEL NEGOCIO					VIII. PERSONAL OCUPADO Y REMUNERACIONES					
	¿El NEGOCIO (ACTIVIDAD) dejó de funcionar en forma definitiva? SI1 NO.....2 → 12	¿Por qué cerró su NEGOCIO o dejó de realizar esa (ACTIVIDAD)? - Falta de apoyo financiero del Gobierno..... 1 - Falta de crédito o financiamiento..... 2 - Falta de clientes 3 - Demasiada competencia 4 - Inició otro negocio más rentable..... 5 - Consiguió trabajo de asalariado..... 6 - Hechos delictivos/desastres naturales..... 7 - Motivos personales..... 8 - Otro, cuál? 9	¿Desde que inició el NEGOCIO (ACTIVIDAD) , cuántos años seguidos lleva funcionando? MENOS DE UN AÑO = 00	¿El NEGOCIO (ACTIVIDAD) lleva: - Registros contables completos?..... 1 - Solo un cuaderno de cuentas? 2 - No lleva contabilidad?..... 3	¿El NEGOCIO (ACTIVIDAD) tiene Registro Único de Contribuyentes RUC? SI1 NO2	¿Durante el último mes que funcionó el NEGOCIO (ACTIVIDAD) , cuántas personas en TOTAL , incluida usted REMUNERADAS o NO REMUNERADAS , trabajaron o ayudaron a trabajar? - Una persona..... 1 → 21 - Más de una persona... 2	¿En el último mes que funcionó el NEGOCIO (ACTIVIDAD) , cuántas PERSONAS DEL HOGAR , incluida Usted, trabajaron o ayudaron a trabajar en este NEGOCIO con o sin remuneración?	¿Durante el último mes que funcionó este NEGOCIO (ACTIVIDAD) PAGÓ en dinero, en bienes o servicios el trabajo realizado por los MIEMBROS DEL HOGAR? SI1 NO 2	CÓD.	¿A cuántas personas?	¿Cuál fue el valor TOTAL?
No	10	11	12	13	14	15	16	17	No		
01											01
02											02
03											03

SECCIÓN 12. NEGOCIOS DEL HOGAR Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES PARTE A. - DATOS DEL NEGOCIO/ACTIVIDAD - (Continuación)

VIII. PERSONAL OCUPADO (CONTINUACIÓN)						IX. INGRESOS BRUTOS, AUTOCONSUMO Y AUTOSUMINISTRO					
NEGOCIO/ACTIVIDAD	¿Durante el último mes que funcionó este NEGOCIO (ACTIVIDAD), cuántas PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DEL HOGAR trabajaron?	¿Durante el último mes que funcionó este NEGOCIO (ACTIVIDAD) PAGÓ en dinero, en bienes servicios el trabajo realizado por PERSONAS QUE NO SON MIEMBROS DEL HOGAR?		¿Los trabajadores de este NEGOCIO (ACTIVIDAD) están afiliados al Seguro Social IESS?		¿En el último mes que funcionó el NEGOCIO (ACTIVIDAD), en TOTAL, cuánto vendió o cobró en efectivo?	¿En el último mes que funcionó el NEGOCIO (ACTIVIDAD), sus clientes les pagaron con bienes o servicios en vez de dinero?		¿En el último mes que funcionó el NEGOCIO (ACTIVIDAD), consumieron o usaron en el HOGAR bienes, servicios o productos del NEGOCIO (ACTIVIDAD)?		
	Ninguno = 00 → 20	SI1 NO2	CÓD.	¿A cuántas personas?	¿Cuál fue el valor TOTAL?	CÓD.	¿Cuántas personas?	DÓLARES	CÓD.	¿Cuánto cree que le costaría si tuviera que comprar?	CÓD.
No.	18	19		20		21	22		23		No.
01											01
02											02
03											03

SECCIÓN 12. NEGOCIOS DEL HOGAR Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES PARTE B. - INVERSIONES DEL NEGOCIO/ACTIVIDAD -

PRIMER NEGOCIO/ACTIVIDAD						SEGUNDO NEGOCIO/ACTIVIDAD						TERCER NEGOCIO/ACTIVIDAD							
Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...) el NEGOCIO (ACTIVIDAD), empresa o taller REALIZÓ alguna INVERSIÓN en:				Cuánto INVIRTÍÓ en TOTAL?	Para realizar esta inversión, requirió de:	Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...) el NEGOCIO (ACTIVIDAD), empresa o taller REALIZÓ alguna inversión en:				Cuánto INVIRTÍÓ en TOTAL?	Para realizar esta inversión, requirió de:	Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a ...) el NEGOCIO (ACTIVIDAD), empresa o taller REALIZÓ alguna inversión en:				Cuánto INVIRTÍÓ en TOTAL?	Para realizar esta inversión, requirió de:		
TIPO DE INVERSIÓN (RUBRO)				CÓDIGO	DÓLARES	CÓDIGO	CÓDIGO				DÓLARES	CÓDIGO	CÓDIGO				DÓLARES	CÓDIGO	
No.	1				2	3	1				2	3	1				2	3	
01	Compra de equipos y de maquinaria?	SI		1	→ SR			SI		1	→ SR			SI		1	→ SR		
		NO		2				NO		2				NO		2			
02	Compra de locales y/o terrenos?	SI		1	→ SR			SI		1	→ SR			SI		1	→ SR		
		NO		2				NO		2				NO		2			
03	Compra de vehículos?	SI		1	→ SR			SI		1	→ SR			SI		1	→ SR		
		NO		2				NO		2				NO		2			
04	Otras inversiones, cuáles?	SI		1	→ C			SI		1	→ C			SI		1	→ C		
		NO		2				NO		2				NO		2			

SECCIÓN 12. NEGOCIOS DEL HOGAR Y TRABAJADORES INDEPENDIENTES
PARTE C. - GASTOS EN MATERIAS PRIMAS Y MERCADERÍAS -

PRIMER NEGOCIO / ACTIVIDAD										SEGUNDO NEGOCIO / ACTIVIDAD										TERCER NEGOCIO / ACTIVIDAD									
¿Durante el ÚLTIMO MES que funcionó el NEGOCIO (ACTIVIDAD) , empresa o taller REALIZÓ algún gasto en:					¿Cada cuánto realiza este gasto?		¿Cuánto gastó en TOTAL ?	¿Este gasto lo realizó: - Al Contado?... 1 - A Crédito?... 2 - Ambos?... 3	¿Durante el ÚLTIMO MES que funcionó el NEGOCIO (ACTIVIDAD) , empresa o taller REALIZÓ algún gasto en:					¿Cada cuánto realiza este gasto?		¿Cuánto gastó en TOTAL ?	¿Este gasto lo realizó: - Al Contado?... 1 - A Crédito?... 2 - Ambos?... 3	¿Durante el ÚLTIMO MES que funcionó el NEGOCIO (ACTIVIDAD) , empresa o taller REALIZÓ algún gasto en:					¿Cada cuánto realiza este gasto?		¿Cuánto gastó en TOTAL ?	¿Este gasto lo realizó: - Al Contado?... 1 - A Crédito?... 2 - Ambos?... 3			
					FRECUENCIA - Día..... 1 - Semana.. 2 - Quincena 3 - Mes..... 4 - Trimestre 5 - Semestre 6 - Año..... 7									FRECUENCIA - Día..... 1 - Semana.. 2 - Quincena 3 - Mes..... 4 - Trimestre 5 - Semestre 6 - Año..... 7									FRECUENCIA - Día..... 1 - Semana.. 2 - Quincena 3 - Mes..... 4 - Trimestre 5 - Semestre 6 - Año..... 7						
TIPO DE GASTO (RUBRO)		CÓDIGO			DÓLARES		CÓDIGO	CÓDIGO					DÓLARES		CÓDIGO	CÓDIGO					DÓLARES		CÓDIGO						
No.	1				2	3	4	1				2	3	4	1				2	3	4								
01	Materias primas y/o insumos?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
02	Artículos o mercaderías?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
03	Alquiler de equipo, locales, terrenos, vehículos y/o maquinaria?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
04	Mantenimiento (maquinaria, equipos, vehículos, locales)?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
05	Reparaciones (maquinaria, equipos, vehículos, locales)?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
06	Transporte?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
07	Combustibles (gas, diesel, gasolina, carbón, etc.)?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
08	Electricidad?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
09	Agua?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
10	Teléfono, celular, fax, internet o comunicaciones?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
11	Publicidad?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
12	Aportes al Seguro Social de los trabajadores del Negocio?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
13	Impuestos del Negocio (Renta, prediales, etc.)?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
14	Compra de materiales de oficina?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
15	Envases y embalajes?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
16	Honorarios profesionales?	SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR				SI NO	1 2	→ SR													
17	Otros gastos?	SI NO	1 2	→ SN				SI NO	1 2	→ SN				SI NO	1 2	→ SS													

PARTE A. - DATOS DE LA UNIDAD DE PRODUCCIÓN AGROPECUARIA -

- NO

	2
--	---

 ➡ **PARTE "E"**

77

SECCIÓN 13.

ACTIVIDADES AGROPECUARIAS

PARTE B.

- PRODUCCIÓN AGRÍCOLA -

De la COSECHA TOTAL OBTENIDA durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....):																													
¿Cosecharon o recibieron ustedes algún producto agrícola durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....) de las fincas o terrenos propios, arrendados, recibidos al partir, vendidos o en usufructo?			¿Cuántas veces cosecharon o recogieron ... (PRODUCTO) ... durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....)?			¿En total, qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... cosecharon o recogieron durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....)?			¿Cuántas (os) ... (UNIDAD) ... de ... (PRODUCTO) ... destinó para la VENTA?			¿Cuál fue el valor de la VENTA TOTAL?			¿Cuántas (os) ... (UNIDAD) ... de ... (PRODUCTO) ... destinó para el consumo del hogar?			¿Cuántas (os) ... (UNIDAD) ... de ... (PRODUCTO) ... destinó para semillas?			¿Cuántas (os) ... (UNIDAD) ... de ... (PRODUCTO) ... destinó para la elaboración de subproductos?			¿Cuántas (os) ... (UNIDAD) ... de ... (PRODUCTO) ... destinó para los animales?			¿Cuántas (os) ... (UNIDAD) ... de ... (PRODUCTO) ... destinó para otros usos?		
SI.....1 ☐ → Cuáles? NO.....2 ☐ → PARTE "C"									NADA = 00 → 6																				
No.	PRODUCTO	CÓD.	VECES	CANT.	U.M.	CÓD.	CANT.	U.M.	CÓD.	DÓLARES	CANT.	U.M.	CÓD.	CANT.	U.M.	CÓD.	CANT.	U.M.	CÓD.	CANT.	U.M.	CÓD.	CANT.	U.M.	CÓD.				
No.	1		2			3				4				5			6			7			8			9			10
01																													
02																													
03																													
04																													
05																													
06																													
07																													
08																													
09																													
10																													
11																													
12																													

SECCIÓN 13. ACTIVIDADES AGROPECUARIAS
PARTE C. - ACTIVIDAD FORESTAL -

1. ¿Durante los **ÚLTIMOS 12 MESES** (de ... a ...), **CORTARON O TALARON** plantas o árboles para la venta o utilización del hogar?

SI.....1

NO.....2

PARTE "D"

¿Qué tipo de plantas o árboles CORTÓ o TALÓ en los ÚLTIMOS 12 MESES ?		¿Cuál fue el valor total de los/las ... (plantas o árboles) que vendieron en los ÚLTIMOS 12 MESES ?	¿En cuánto estima el valor total de los/las ... (plantas o árboles) ... que destinaron para uso del hogar en los ÚLTIMOS 12 MESES ?
		NO VENDIÓ = 00	NO USARON = 00
USO INEC			
PLANTAS/ÁRBOLES	CÓDIGO	DÓLARES	DÓLARES
No.	2	3	4

01			
02			
03			
04			
05			

OBSERVACIONES

SECCIÓN 13. ACTIVIDADES AGROPECUARIAS
PARTE D. - GASTOS EN ACTIVIDADES AGRÍCOLAS Y/O FORESTALES -

¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....), COMPRARON Ustedes:	¿Cuál fue el valor total que gastaron ?	¿Normalmente los ... (INSUMOS/GASTOS)... compran: - Al Contado?..... 1 - A Crédito?..... 2 - Ambos?..... 3
---	---	---

No.	RUBROS	DÓLARES	CÓDIGO
	1	2	3

INSUMOS							
01	SEMILLAS O PLANTAS para sembrar?	SI NO	1 2	→ SR			
02	ABONOS ORGÁNICOS (cáscara de arroz, humus)?	SI NO	1 2	→ SR			
03	ABONOS INORGÁNICOS y/o fertilizantes químicos (úrea, compuestos)?	SI NO	1 2	→ SR			
04	PESTICIDAS (remedios) como insecticidas, herbicidas, fungicidas etc.?	SI NO	1 2	→ SR			
05	COSTALES, SACOS , CAJAS, TALEGOS, PLÁSTICOS o cualquier tipo de empaque?	SI NO	1 2	→ SR			

GASTOS							
06	TRANSPORTE de productos agrícolas, derivados o forestales ?	SI NO	1 2	→ SR			
07	ARRIENDO DE TIERRAS?	SI NO	1 2	→ SR			
08	ELABORACIÓN DE SUBPRODUCTOS?	SI NO	1 2	→ SR			
09	AGUA, SISTEMA DE RIEGO?	SI NO	1 2	→ SR			
10	ASESORAMIENTO TÉCNICO?	SI NO	1 2	→ SR			
11	ALQUILER Y MANTENIMIENTO DE MAQUINARIA, (tractores)?	SI NO	1 2	→ SR			
12	ALQUILER DE ANIMALES DE TRABAJO (arado)?	SI NO	1 2	→ SR			
13	ALMACENAMIENTO Y SECADO DE PRODUCTOS?	SI NO	1 2	→ SR			
14	PILADA DE ARROZ / CAFÉ?	SI NO	1 2	→ SR			
15	COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES?	SI NO	1 2	→ SR			
16	MANO DE OBRA?	SI NO	1 2	→ SR			
17	OTROS GASTOS, CUÁLES? _____	SI NO	1 2	→ E			

1. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de ... a...), los miembros de éste hogar tienen o tenían animales de crianza, como; gallinas, pavos, cuyes, conejos, chanchos, borregos, vacunos, etc. en la finca o terreno, o aunque no tenga tierras en el lote de la casa?

SI.....

1

→ I. EXISTENCIA DE ANIMALES

No.....

2

→

1A- ¿Si no tienen animales, tienen producción o explotación agrícola?

SI.....

1

→ PARTE "F"

No.....

2

→ FIN DE LA ENTREVISTA

I. EXISTENCIA DE ANIMALES				II. DESTINO DE LA PRODUCCIÓN DE ANIMALES EN PIE				III DESTINO DE LOS ANIMALES SACRIFICADOS																	
¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de... a...), tuvieron algún animal de las siguientes especies:				¿Cuántos (...) tiene actualmente?		¿Cuántos (...) compró en los ÚLTIMOS 12 MESES?		¿Vendieron algún (as) (...) en PIE (vivos) durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....)?		¿Regalaron o pagaron como parte de trabajo algún (as) (...) en PIE (vivos) durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....)?		¿Sacrificaron algunos (as) (...) durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....)?		¿Cuántos (as) (...) sacrificaron ?		¿Cuántos (as) (...) destinaron para el consumo del hogar?		¿Cuántos (as) (...) destinaron para regalos, pago y consumo de trabajadores?		¿Cuántos (as) (...) destinaron para la venta?					
				NINGUNO = 00										NINGUNO = 00 → 10		NINGUNO = 00 → 11		NINGUNO = 00 → ST							
								¿Cuántos (as) (...) vendieron?		¿Cuál fue el valor total de la venta?		¿Cuántos (as) (...) regalaron?		¿Cuánto recibirían si los fueran a vender?				¿Si los fueran a comprar, cuánto les costaría?		¿Cuánto recibirían si los fueran a vender?		¿En total en cuánto los vendieron?			
TIPO DE ANIMAL				NÚM.		NÚM.		NÚM.		DÓLARES		NÚM.		DÓLARES		NÚM.		NÚM.		DÓLARES		NÚM.		DÓLARES	
No.	2			3		4		5				6				7		8		9		10		11	
01	Vacas, toros, terneros?	SI	1	→ ST			SI	1	→ 6			SI	1	→ 7			SI	1	→ ST						
		NO	2				NO	2				NO	2				NO	2							
02	Ovejas, Cabras, Chivos?	SI	1	→ ST			SI	1	→ 6			SI	1	→ 7			SI	1	→ ST						
		NO	2				NO	2				NO	2				NO	2							
03	Llamas, llamingos?	SI	1	→ ST			SI	1	→ 6			SI	1	→ 7			SI	1	→ ST						
		NO	2				NO	2				NO	2				NO	2							
04	Cerdos o chanchos?	SI	1	→ ST			SI	1	→ 6			SI	1	→ 7			SI	1	→ ST						
		NO	2				NO	2				NO	2				NO	2							
05	Cuyes y conejos?	SI	1	→ ST			SI	1	→ 6			SI	1	→ 7			SI	1	→ ST						
		NO	2				NO	2				NO	2				NO	2							
06	Gallinas y pollos?	SI	1	→ ST			SI	1	→ 6			SI	1	→ 7			SI	1	→ ST						
		NO	2				NO	2				NO	2				NO	2							
07	Pavos?	SI	1	→ ST			SI	1	→ 6			SI	1	→ 7			SI	1	→ ST						
		NO	2				NO	2				NO	2				NO	2							
08	Patos?	SI	1	→ ST			SI	1	→ 6			SI	1	→ 7			SI	1	→ ST						
		NO	2				NO	2				NO	2				NO	2							
09	Caballos, asnos y mulas?	SI	1	→ ST			SI	1	→ 6			SI	1	→ ST											
		NO	2				NO	2				NO	2												NO
10	Otros animales cuáles?	SI	1	→ IIIA			SI	1	→ 6			SI	1	→ 7			SI	1	→ IIIA						
		NO	2				NO	2				NO	2				NO	2							

IIIA. EXISTENCIA Y DESTINO DE ANIMALES ACUÁTICOS

¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....) algún miembro de este hogar se dedico a la cría de:		¿En total, qué cantidad de ... (CAMARONES/PECES)... recogieron durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de..... a.....)?		DESTINO DE LA PRODUCCIÓN DE CAMARONES Y PECES														
				¿Qué cantidad de ... (CAMARONES/PECES)... destinó para la VENTA durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de..... a.....)?			¿Cuál fue el valor de la VENTA TOTAL?	¿Qué cantidad de ... (CAMARONES/PECES)... destinó para el consumo del hogar ÚLTIMOS 12 MESES (de..... a.....)?			¿Si los fueran a COMPRAR cuánto les costaría ?	¿Qué cantidad de ... (CAMARONES/PECES)... destinó para regalos, pagos y consumo de trabajadores ÚLTIMOS 12 MESES (de..... a.....)?			¿Cuánto recibirían si los fueran a VENDER ?			
				CANT.	U.M.	CÓD.		CANT.	U.M.	CÓD.		DÓLARES	CANT.	U.M.		CÓD.	DÓLARES	CANT.
				NADA = 00 → 5				NADA = 00 → 7				NADA = 00 → ST						
				USO INEC				USO INEC				USO INEC						
No.	1			2			3			4	5			6	7			8
01	Camarones?	SI	1	→ ST														
		NO	2															
02	Peces?	SI	1	→ ST														
		NO	2															
03	Otros, cuáles?__	SI	1	→ IV														
		NO	2															

OBSERVACIONES:

IV. PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL																
¿Durante el MES PASADO prepararon o recogieron algún (os) de los siguientes productos:				¿Qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... prepararon o recogieron?				DESTINO DE LOS PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL								
								¿Durante el MES PASADO qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... vendieron?		¿En cuánto vendieron ... (UNIDAD) ... de (PRODUCTO) ...?		¿Qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... consumieron en el hogar?		¿Durante el MES PASADO, qué cantidad de ... (PRODUCTO) ... regalaron, pagaron por trabajo, almacenaron o destinaron a otros usos?		
				USO INEC		USO INEC		USO INEC		USO INEC						
TIPO DE PRODUCTO				CANT	U.M.	CÓD.	CANT	U.M.	CÓD.	DÓLARES	CANT	U.M.	COD	CANT	U.M.	CÓD.
No.	1			2			3			4	5			6		
01	Leche?	SI	1													
		NO	2	→ SP												
02	Queso?	SI	1													
		NO	2	→ SP												
03	Mantequilla?	SI	1													
		NO	2	→ SP												
04	Yogurt?	SI	1													
		NO	2	→ SP												
05	Suero?	SI	1													
		NO	2	→ SP												
06	Huevos?	SI	1													
		NO	2	→ SP												
07	Miel de abeja?	SI	1													
		NO	2	→ SP												
08	Lana y cuero?	SI	1													
		NO	2	→ SP												
09	Abonos de Origen Animal?	SI	1													
		NO	2	→ SP												
10	Otro, Cuál?	SI	1													
		NO	2	→ V												

OBSERVACIONES:

V. GASTOS EN ACTIVIDADES PECUARIAS									
¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de.....a.....), para desarrollar la actividad pecuaria realizaron GASTOS en:							¿Cuál fue el valor total que GASTARON?		¿Normalmente los ... (RUBROS) ... compran:
									- Al Contado?...1 - A Crédito?... 2 - Ambos?... 3
RUBROS							DÓLARES		CÓDIGO
No.	1						2		3
01	Alimentos para animales (maíz, yuca, alfalfa, melaza, sal, balanceado, etc.)?						SI	1	
							NO	2	→ SR
02	Servicios veterinarios?						SI	1	
							NO	2	→ SR
03	Vacunas , remedios, productos veterinarios?						SI	1	
							NO	2	→ SR
04	Instalaciones, cercas, ordeñadoras, bebederos, comederos, etc.?						SI	1	
							NO	2	→ SR
05	Balde, botes, barriles, mangueras, etc.?						SI	1	
							NO	2	→ SR
06	Insumos para la elaboración de subproductos (mantequilla, queso, etc.)?						SI	1	
							NO	2	→ SR
07	Alquiler y mantenimiento de Maquinaria?						SI	1	
							NO	2	→ SR
08	Asistencia técnica?						SI	1	
							NO	2	→ SR
09	Transporte?						SI	1	
							NO	2	→ SR
10	Compra de animales?						SI	1	
							NO	2	SR
11	Mano de obra?						SI	1	
							NO	2	→ SR
12	Otros gastos, cuál?						SI	1	
							NO	2	→ F

SECCIÓN 13. ACTIVIDADES AGROPECUARIAS PARTE F. - EQUIPAMIENTO AGROPECUARIO -	
---	--

1. ¿Tienen Ustedes en **propiedad maquinaria, equipo o herramientas** que utilicen en las tareas agropecuarias?

SI

	1
--	---



NO

	2
--	---

 → G

¿En total cuántos ... (BIEN) ... tienen?	¿Si Ustedes fueran a vender hoy en día el/la ... (BIEN) ... en cuánto lo venderían?
--	--

¿Si Ustedes fueran a **vender** hoy en día el/la ...**(BIEN)**... en **cuánto lo venderían?**

No.	2	3	4
-----	---	---	---

01	Arado para animal?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
02	Tractor?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
03	Equipos acoplados al tractor (Rastrillo, Mixer, Enfardadora, Empacadora, etc.?)	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
04	Cosechadora / Sembradora o cultivadora?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
05	Bomba de Agua?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
06	Camión, Jeep, camioneta?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
07	Animales de trabajo?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
08	Bomba fumigadora?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
09	Planta eléctrica?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
10	Trapiche?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
11	Equipo de riego?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
12	Comederos o bebederos?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
13	Ordeñadora?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
14	Descremadora?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
15	Incubadora?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
16	Galpones / Bodega / Silos?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
17	Panales?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
18	Herramientas manuales?	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ SB		
19	Otros Bienes, cuál? _____ _____	SI NO	☐ ☐	☐ 2	➔ G		

SECCIÓN 13. ACTIVIDADES AGROPECUARIAS	
PARTE G. - INVERSIONES -	

¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES (de a) para las actividades agropecuarias, algún miembro del hogar realizó inversión en:	¿Cuánto invertió en total?	¿Para realizar esta inversión, Usted requirió de: - Dinero propio?..... 1 - Dinero prestado de un banco / Institución financiera?..... 2 - Crédito directo / tarjeta de crédito?..... 3 - Otro, cual?..... 4
--	--	--

¿Cuánto invirtió en total?	¿Para realizar esta inversión, Usted requirió de:
	- Dinero propio?..... 1
	- Dinero prestado de un banco / Institución financiera?..... 2
	- Crédito directo / tarjeta de crédito?..... 3
	- Otro, cual?..... 4

¿Para realizar esta inversión, Usted requirió de:

- Dinero propio?.....	1
- Dinero prestado de un banco / Institución financiera?.....	2
- Crédito directo / tarjeta de crédito?.....	3
- Otro, cual?.....	4

	1	2	3

01	Compra de equipos y de maquinaria?	SI NO		1	→ SR		
				2			
02	Compra de terrenos o fincas?	SI NO		1	→ SR		
				2			
03	Compra de vehículos (tractor, camioneta)?	SI NO		1	→ SR		
				2			
04	Otras inversiones, ¿Cuál? _____	SI NO		1			
				2			

[illegible]