



**DNP** Departamento Nacional de Planeación



**ENCUESTA A HOGARES**  
Municipios de estudios de caso  
ARD 532



**CONTROL OPERATIVO**

A. DATOS DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN									
Número de identificación muestral (NIM Mz)           Vivienda       Hogar									
1.	a. Departamento _____								
	b. Municipio _____								
	c. Municipio (código DANE)								
2.	Zona Cabecera municipal 1 <input type="checkbox"/> Centro poblado 2 <input type="checkbox"/> → 3.a								
3.	Comuna o localidad _____ → 4								
3. a	Nombre de centro poblado _____								
4.	Barrio _____								
5.	Sector		6.	Sección		7.	Manzana		
8.	Dirección _____								
9.	Nombre completo del informante _____								
10.	¿Tiene teléfono?								
	a. Teléfono fijo:                     No tiene 1 <input type="checkbox"/>								
	b. Teléfono celular 1:                     No tiene 1 <input type="checkbox"/>								
c. Teléfono celular 2:                     No tiene 1 <input type="checkbox"/>									

B. RESULTADOS DE LA ENCUESTA, TIPO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE VISITAS						
11.	Resultados de la encuesta					
Completa	21 <input type="checkbox"/>	Ocupado hogar	24 <input type="checkbox"/>	Por seguridad-hogar	27 <input type="checkbox"/>	
Incompleta	22 <input type="checkbox"/>	Ausente hogar	25 <input type="checkbox"/>	Otra razón. ¿Cuál? _____	28 <input type="checkbox"/>	
Rechazo hogar	23 <input type="checkbox"/>	Hogar ocupado	26 <input type="checkbox"/>			
12.	Tipo de supervisión		Acompañamiento	1 <input type="checkbox"/>	Verificación personal	2 <input type="checkbox"/>
			Verificación telefónica	3 <input type="checkbox"/>	Ninguna	4 <input type="checkbox"/>
13.	Nombre del Encuestador: _____					
14.	Nombre del Supervisor: _____					

15. Control de visitas											
Visita	a. Fecha de la visita			b. Hora inicial		c. Hora final		d. Duración de la visita		e. Razón de nueva visita	f. Resultado parcial
	Día	Mes	Hora	Hora	Minutos	Hora	Minutos	Hora	Minutos		
1.											
2.											
3.											

## I INFORMACIÓN GENERAL DEL HOGAR

101.	Tipo de vivienda	Casa con lote	1 <input type="checkbox"/>
		Casa sin lote	2 <input type="checkbox"/>
		Apartamento	3 <input type="checkbox"/>
		Cuarto eninquilinato	4 <input type="checkbox"/>
		Cuarto en otro tipo de estructura	5 <input type="checkbox"/>
		Otro tipo de vivienda (carpa, vagón, tienda, refugio)	6 <input type="checkbox"/>
102.	¿Cuántos pisos tiene la vivienda que ocupa el hogar?	_ _	
103.	¿Hace cuánto tiempo vive el hogar en esta vivienda?	_ _ _  Años 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/>	
104.	¿Cuál es el tipo de tenencia de esta vivienda?	Propia totalmente pagada	1 <input type="checkbox"/> → 106
		Propia, la está pagando	2 <input type="checkbox"/> → 106
		En arriendo o subarriendo	3 <input type="checkbox"/>
		En usufructo	4 <input type="checkbox"/> → 201
		Ocupante de hecho	5 <input type="checkbox"/> → 106
105.	¿Cuál es el valor mensual del arriendo?	\$  _ _ _ _ .  _ _ _ _  → 201	
106.	¿Cuál es el valor comercial aproximado de su vivienda?	\$  _ _ _ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _  No sabe/No responde 1 <input type="checkbox"/>	

## II CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÓMICAS DEL HOGAR

201.	De las siguientes fuentes de ingresos, ordene de 1 a 3 las tres más importantes, siendo 1 la que representa más ingresos para su hogar y 3 la que menos ingresos representa para su hogar.  👉 <b>Encuestador:</b> Mostrar tarjeta 1.	a. Salario	_ _
		b. Comercio/venta de mercancías	_ _
		c. Venta productos agropecuarios	_ _
		d. Giros de familiares	_ _
		e. Arriendos	_ _
		f. Intereses	_ _
		g. Otro, ¿cuál?	_ _
		202.	1. Durante el ÚLTIMO MES el hogar gastó en:
a. Alimentos	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓		_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
b. Transporte	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓		_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
c. Vivienda (alojamiento, administración, arriendo y/o pago de préstamo de vivienda)	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓		_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
d. Servicios públicos y otros combustibles para cocinar	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓		_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
e. Comunicaciones (minutos de celular, factura de telefonía fija o móvil, televisión y/o internet)	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓		_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
f. Artículos de aseo del hogar y/o aseo personal	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓		_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
g. Otros gastos	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓		_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
203.	1. Durante el AÑO 2017 el hogar gastó en:	2. Durante el AÑO 2017 ¿En promedio cuánto gastó el hogar en__?	
	a. Prendas de vestir y calzado (No incluir uniformes escolares)	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓	_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
	b. Educación (matrícula, pensión, útiles, uniformes escolares)	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓	_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
	c. Salud (citas médicas, medicamentos, tratamientos)	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓	_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _
	d. Diversión, entretenimiento, viajes, comidas preparadas y consumidas fuera del hogar, alcohol, cigarrillos	Sí 1. <input type="checkbox"/> → No 2. <input type="checkbox"/> ↓	_ _ .  _ _ _ _ .  _ _ _ _

### III. CARACTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

301.	¿Cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda?							_ _ _	
302.	¿Cuántas personas hacen parte de este hogar?							_ _ _	
303.	304.	305.	306.	307.	308.	309.	310.	311.	
Número de Orden	Nombres y Apellidos	Sexo 1. Hombre 2. Mujer	¿Cuál es el parentesco de _____ con el jefe de hogar? 1. Jefe de hogar 2. Pareja, esposa(o), cónyuge, compañera(o) 3. Hijo(a), hijastro(a), 4. Nieto(a) 5. Padre, madre, Suegro(a) 6. Otro pariente 7. Empleado(a) y sus parientes 8. Pensionista 9 Otro no pariente	¿Qué edad en años cumplidos tiene ____?  👉 <b>Encuestador:</b> Si es menor de 1 año, escriba en meses	¿Cuál es el estado civil de ____? 1. Casado 2. Soltero 3. Separado 4. Viudo 5. No está casado(a) y vive con su pareja desde hace menos de 2 años 6. No está casado(a) y vive con su pareja desde hace más de 2 años  👉 <b>Encuestador :</b> Para menores de 10 años registre 2	Presenta discapacidad permanente _____: a. Visual b. Cognitiva c. Auditiva d. Motriz e. Otra, ¿Cuál? 1. Ninguna  👉 <b>Encuestador :</b> Para menores de 12 años continuar con la siguiente persona	¿_____ recibe ingresos por cualquier concepto?:  1. Sí 2. No	¿Cuál es el ingreso promedio mensual _____?  👉 <b>Encuestador :</b> Tenga en cuenta el ingreso mensual con referencia a los últimos seis meses	
1		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1	_ _ _  Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> _____ 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
2.		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _ _  Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> _____ 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
3		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _ _  Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> _____ 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
4		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _ _  Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> _____ 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	_ _ _ _ _ _ _ _ _	
5		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _ _  Años 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> _____ 1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	_ _ _ _ _ _ _ _ _	



<b>421a</b>	¿Cuántas personas del hogar fallecieron en el evento?					<input type="text"/>
<b>421.</b>	Relacione la información de las personas fallecidas en el evento <b>Encuestador:</b> Registre los datos según la composición del hogar en la fecha del evento de referencia					
	N°	1.Edad	2.Sexo 1. Hombre 2. Mujer	3.Parentesco 1. Jefe de hogar 2. Pareja. esposa(o), cónyuge, compañera(o) 3. Hijo(a), hijastro(a), 4. Nieto(a) 5. Padre, madre, Suegro(a) 6. Otro pariente 7. Empleado(a) y sus parientes 8. Pensionista 9 Otro no pariente	4. ¿Recibía ingresos por cualquier concepto?: 1. Sí 2. No	5. ¿Cuál era su ingreso promedio mensual?
	1	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ <input type="text"/>
	2	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ <input type="text"/>
	3	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ <input type="text"/>	
<b>422.</b>	¿El evento le causó a usted o algún miembro del hogar afectaciones a la salud?				Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → <b>424</b>
<b>423.a</b>	¿Cuántas personas del hogar fueron afectadas con problemas de salud como efecto del evento?					<input type="text"/>
<b>423.</b>	Relacione los miembros del hogar afectados. <b>Encuestador:</b> Registre los datos según la composición del hogar en la fecha del evento de referencia					
	N°	1.Edad	2.Sexo 1. Hombre 2. Mujer	3.Parentesco 1. Jefe de hogar 2. Pareja. esposa(o), cónyuge, compañera(o) 3. Hijo(a), hijastro(a), 4. Nieto(a) 5. Padre, madre, Suegro(a) 6. Otro pariente 7. Empleado(a) y sus parientes 8. Pensionista 9 Otro no pariente	4.Tiempo de incapacidad	5.Gastos por atención de la enfermedad
	1	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/> No presentó incapacidad 4 <input type="checkbox"/> ↓	\$ <input type="text"/>
	2	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/> No presentó incapacidad 4 <input type="checkbox"/> ↓	\$ <input type="text"/>
	3	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/> No presentó incapacidad 4 <input type="checkbox"/> ↓	\$ <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/> No presentó incapacidad 4 <input type="checkbox"/> ↓	\$ <input type="text"/>	
<b>424.</b>	¿Por causa del evento algún miembro de su hogar dejó de percibir ingresos?				Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → <b>426</b>
<b>425.a</b>	¿Cuántas personas del hogar dejaron de percibir ingresos por causa del evento?					<input type="text"/>
<b>425.</b>	Relacione los miembros del hogar que dejaron de percibir ingresos. <b>Encuestador:</b> Registre los datos según la composición del hogar en la fecha del evento de referencia					
	N°	1.Edad	2.Sexo 1. Hombre 2. Mujer	3.Parentesco 1. Jefe de hogar 2. Pareja. esposa(o), cónyuge, compañera(o) 3. Hijo(a), hijastro(a), 4. Nieto(a) 5. Padre, madre, Suegro(a) 6. Otro pariente 7. Empleado(a) y sus parientes 8. Pensionista 9 Otro no pariente	4.Tiempo sin ingresos	5.Ingresos no percibidos durante el periodo
	1	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Días 1. <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/> No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>	
						6.Tipo de ingreso 1. Ingreso monetario primera actividad 2. Ingreso monetario segunda actividad 3. Ingreso en especie 4. Ingreso monetario desocupados e inactivos 5. Pensiones 6. Arriendos

				7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
	3	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/>	\$ _____ No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
	4	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/>	\$ _____ No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
426.	¿Por causa del evento algún miembro de su hogar dejó de asistir al colegio o institución educativa?					Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 428	
427.a	¿Cuántas personas del hogar dejaron de asistir al colegio o institución educativa por causa del evento?						_____
Relacione los miembros del hogar que dejaron de asistir al colegio o institución educativa. 👉 <b>Encuestador:</b> Registre los datos según la composición del hogar en la fecha del evento de referencia							
	N°	1. Edad	2. Sexo 1. Hombre 2. Mujer	3. Parentesco 1. Jefe de hogar 2. Pareja, esposa(o), cónyuge, compañera(o) 3. Hijo(a), hijastro(a), 4. Nieto(a) 5. Padre, madre, Suegro(a) 6. Otro pariente 7. Empleado(a) y sus parientes 8. Pensionista 9 Otro no pariente	4. Nivel educativo que cursaba 1. Preescolar 2. Primaria 3. Bachillerato 4. Técnico 5. Tecnológico 6. Universitario	5. Tiempo de no asistencia	
427.	1	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> No continuó estudiando debido al evento 3. <input type="checkbox"/>	
	2	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> No continuó estudiando debido al evento 3. <input type="checkbox"/>	
	3	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> No continuó estudiando debido al evento 3. <input type="checkbox"/>	
	4	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/> Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> No continuó estudiando debido al evento 3. <input type="checkbox"/>	
428.	¿Contaba usted o su vivienda con un seguro contra desastres naturales?				Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 432		
429.	¿Recibió alguna indemnización por el seguro?				Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 431		
430.	¿Cuál fue el valor de la indemnización?				\$ _____ → 432		
431.	¿Por qué razón no recibió una indemnización por la compañía de seguros?				No realizo la reclamación		1. <input type="checkbox"/>
					Realizó la reclamación y fue negada		2. <input type="checkbox"/>
					Otra, ¿Cuál? _____		3. <input type="checkbox"/>
432.	¿Recuerda de algún otro impacto generado por el evento?				Si 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No 2 <input type="checkbox"/> → 501		
433.	¿Cuál fue el tiempo de duración del impacto?				_____ Horas 1. <input type="checkbox"/> Días 2. <input type="checkbox"/> Meses 3. <input type="checkbox"/>		
434.	¿Cuál fue el gasto ocasionado por el mismo?				\$ _____ No generó gasto 1 <input type="checkbox"/>		

## V. PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN Y MANEJO DE DESASTRES (PRIMER EVENTO)

501.	¿Recibió alguna ayuda de las autoridades para enfrentar el evento?		Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 505	
502.	¿Cuáles de las siguientes ayudas recibió?	1. Ayudas		¿Qué cantidad recibió?
		a. Albergue	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_____ días No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
		b. Subsidio monetario	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_____ días No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>

	c. Subsidio de arriendo	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _  No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	d. Alimentación	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _ _ _  días No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	e. Materiales de construcción	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _ _  Paquetes No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	f. Colchones, colchonetas, cobijas	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _ _  Unidades No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	g. Elementos de cocina	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _ _  Paquetes (kits) No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	h. Elementos de aseo	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _ _  Paquetes (kits) No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	i. Otros ¿Cuáles? _____	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _ _
<b>503.</b>	Cómo calificaría las ayudas recibidas frente al evento:	Suficiente 1 <input type="checkbox"/> Insuficiente 2 <input type="checkbox"/>	
<b>504.</b>	¿Cuánto tiempo tardaron las autoridades para atender la emergencia?	_ _ _  Horas 1 <input type="checkbox"/> Días 2 <input type="checkbox"/> Meses 3 <input type="checkbox"/> No hubo reacción 4 <input type="checkbox"/> → 506 No sabe/No responde 88 <input type="checkbox"/> → 506	
<b>505.</b>	Cómo calificaría la reacción de las autoridades frente al evento:	Oportuna 1 <input type="checkbox"/> Tardía 2 <input type="checkbox"/>	
<b>506.</b>	Cómo calificaría la participación de la comunidad frente al evento:	Organizada 1 <input type="checkbox"/> Desorganizada 2 <input type="checkbox"/> No hubo reacción 3 <input type="checkbox"/>	

### VI PARTICIPACIÓN EN MEDIDAS PREVENTIVAS Y ALERTAS (PRIMER EVENTO)

<b>601.</b>	Antes del evento, ¿usted tenía conocimiento de que su vivienda se encontraba en zona de riesgo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 603	
<b>602.</b>	¿Por qué medio(s) se enteró?	a. Campaña municipal <input type="checkbox"/> b. Campaña comunitaria <input type="checkbox"/> c. Boletín/Folleto <input type="checkbox"/> d. Televisión <input type="checkbox"/> e. Radio <input type="checkbox"/> f. Internet y redes sociales <input type="checkbox"/> g. Voz a voz <input type="checkbox"/> h. Otro ¿Cuál? <input type="checkbox"/>	
<b>603.</b>	¿Alguna entidad construyó una obra o implementó alguna medida que haya evitado el impacto del evento en su vivienda o en la zona?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 605 No sabe 88 <input type="checkbox"/> → 605	
<b>604.</b>	¿Cuál obra o medida?	a. Obra civil (muros, diques, jarillones) <input type="checkbox"/> b. Encauzamiento de ríos o quebradas <input type="checkbox"/> c. Limpieza de caños y quebradas <input type="checkbox"/> d. Otro ¿Cuál? <input type="checkbox"/>	
<b>605.</b>	1. Antes del evento, ¿algún miembro de su hogar participó en _____ de preparación de respuesta a eventos de desastres?		2. ¿Cuántos?
	a. Simulacros	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _ _
	b. Talleres/capacitaciones	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _ _
	c. Otros ¿Cuáles? _____	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _ _
<b>606.</b>	Antes del evento, ¿tenía conocimiento de la existencia de un sistema o mecanismo de alertas tempranas?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 608	
<b>607.</b>	¿Cuál?	a. Sirena de alarma <input type="checkbox"/> b. Perifoneo /Megáfono <input type="checkbox"/> c. Red de comunicación <input type="checkbox"/> d. Otro ¿Cuál? <input type="checkbox"/>	
<b>608.</b>	Durante el evento, ¿se desplegó algún tipo de alerta?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 700	
<b>609.</b>	¿Cuál?	a. Sirena de alarma <input type="checkbox"/> b. Perifoneo /Megáfono <input type="checkbox"/> c. Red de comunicación <input type="checkbox"/> d. Otro ¿Cuál? <input type="checkbox"/>	

## VII CUANTIFICACIÓN DE IMPACTOS DE EVENTOS (SEGUNDO EVENTO)

**Encuestador:** Lea el siguiente texto.

*(El 27 de Abril del año 2016 se desbordó el Rio Ocoa y varias quebradas y caños afluentes debido a fuertes lluvias presentadas en ese día, afectando aproximadamente a 1.500 familias en la ciudad. Entre los barrios afectados por las inundaciones se encuentra La Conquista, Caño Parrado, San Jose, La Unión, Pozo 20, San Carlos, El Rodeo, Santa Catalina, Islas Del Rodeo, Simón Bolívar, La Playita, La Isla Porfía, La Reliquia, 13 De Mayo, El Milagro, La Pradera, San Antonio, Kirpás, La Cruz, San Jose, Pinilla.)*

701.	¿Recuerda usted el evento que acabo de describir?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 1000
702.	¿En dónde se encontraba ubicada su vivienda cuando sucedió el evento?	En su actual vivienda		1 <input type="checkbox"/>
		En otra vivienda de la zona que fue afectada		2 <input type="checkbox"/>
		En otra vivienda de una zona que <b>no</b> fue afectada		3 <input type="checkbox"/> → 1000
		En otro municipio		4 <input type="checkbox"/> → 1000
703.	¿Su vivienda fue afectada por el evento?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 712
704.	¿Cuánto tiempo duró la inundación en su vivienda?		_ _ _  Horas 1. <input type="checkbox"/> Días 2. <input type="checkbox"/> Meses 3. <input type="checkbox"/>	
705.	1. Debido a (evento de referencia), su vivienda presentó _____:		2. ¿Cuál fue el gasto incurrido?	
	a. Daños irreparables de la estructura	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	\$ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  → 706	
	b. Daño reparable de la estructura	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
706.	¿Recibió algún subsidio monetario para la reparación de la vivienda por parte de alguna entidad pública?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 712
707.	¿Cuál fue el valor aproximado?		\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
708.	¿Debido a (evento de referencia), su vivienda presentó daños en muebles y enseres?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 712
709.	¿Cuál fue el gasto incurrido en la reposición de muebles y enseres?		\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
710.	¿Recibió algún subsidio monetario para la reposición de los muebles y enseres por parte de alguna entidad pública?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 712
711.	¿Cuál fue el valor aproximado?		\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
712.	¿Su hogar tuvo que ser reubicado?		Si 1 <input type="checkbox"/> → 718	No 2 <input type="checkbox"/>
713.	¿Su hogar tuvo que ser evacuado temporalmente por (evento de referencia)?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 718
714.	¿Cuánto tiempo tuvo que estar por fuera de su vivienda debido a (evento de referencia)?		_ _ _  Horas 1 <input type="checkbox"/> Días 2 <input type="checkbox"/> Meses 3 <input type="checkbox"/>	
715.	¿Cuál fue el gasto incurrido por alojamiento temporal durante el tiempo que estuvo fuera de su vivienda?		\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  No pagó 1 <input type="checkbox"/> No requirió alojamiento temporal 2 <input type="checkbox"/> → 718	
716.	¿Recibió algún subsidio monetario para el alojamiento durante el tiempo de evacuación por parte de alguna entidad pública?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 718
717.	¿Cuál fue el valor del subsidio?		\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
718.	Antes de (evento de referencia) ¿Realizó alguna obra o adecuación de su vivienda para evitar el daño?		Si 1 <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____ No 2 <input type="checkbox"/> → 720
719.	¿Cuál fue el valor del gasto en dicha obra o adecuación?		\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
720.	¿El evento le ocasionó la muerte a algún miembro del hogar?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 722
721a	¿Cuántas personas del hogar fallecieron en el evento?		_ _ _	



<b>721.</b> Relacione la información de las personas fallecidas en el evento <i>Encuestador: Registre los datos según la composición del hogar en la fecha del evento de referencia</i>						
<b>N°</b>	<b>1.Edad</b>	<b>2.Sexo</b> 1. Hombre 2. Mujer	<b>3.Parentesco</b> 1. Jefe de hogar 2. Pareja. esposa(o), cónyuge, compañera(o) 3. Hijo(a), hijastro(a), 4. Nieto(a) 5. Padre, madre, Suegro(a) 6. Otro pariente 7. Empleado(a) y sus parientes 8. Pensionista 9 Otro no pariente	<b>4. ¿Recibía ingresos por cualquier concepto?:</b>  1. Sí 2. No	<b>5. ¿Cuál era su ingreso promedio mensual?</b>	
1	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _ _ _ _ _ _ _ _	
2	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _ _ _ _ _ _ _ _	
3	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _ _ _ _ _ _ _ _	
4	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>722.</b>	¿El evento le causó a usted o algún miembro del hogar afectaciones a la salud?			Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → <b>724</b>		
<b>723.a</b>	¿Cuántas personas del hogar fueron afectadas con problemas de salud como efecto del evento?					_
<b>723.</b> Relacione los miembros del hogar afectados. <i>Encuestador: Registre los datos según la composición del hogar en la fecha del evento de referencia</i>						
<b>N°</b>	<b>1.Edad</b>	<b>2.Sexo</b> 1. Hombre 2. Mujer	<b>3.Parentesco</b> 1. Jefe de hogar 2. Pareja. esposa(o), cónyuge, compañera(o) 3. Hijo(a), hijastro(a), 4. Nieto(a) 5. Padre, madre, Suegro(a) 6. Otro pariente 7. Empleado(a) y sus parientes 8. Pensionista 9 Otro no pariente	<b>4.Tiempo de incapacidad</b>	<b>5.Gastos por atención de la enfermedad</b>	
1	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _  Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/> No presentó incapacidad 4 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _ _ _ _ _ _ _ _	
2	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _  Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/> No presentó incapacidad 4 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _ _ _ _ _ _ _ _	
3	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _  Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/> No presentó incapacidad 4 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _ _ _ _ _ _ _ _	
4	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _  Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/> No presentó incapacidad 4 <input type="checkbox"/> ↓	\$ _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>724.</b>	¿Por causa del evento algún miembro de su hogar dejó de percibir ingresos?			Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → <b>726</b>		
<b>725.a</b>	¿Cuántas personas del hogar dejaron de percibir ingresos por causa del evento?					_
<b>725.</b> Relacione los miembros del hogar que dejaron de percibir ingresos. <i>Encuestador: Registre los datos según la composición del hogar en la fecha del evento de referencia</i>						
<b>N°</b>	<b>1.Edad</b>	<b>2.Sexo</b> 1. Hombre 2. Mujer	<b>3.Parentesco</b> 1. Jefe de hogar 2. Pareja. esposa(o), cónyuge, compañera(o) 3. Hijo(a), hijastro(a), 4. Nieto(a) 5. Padre, madre, Suegro(a) 6. Otro pariente 7. Empleado(a) y sus parientes 8. Pensionista 9 Otro no pariente	<b>4.Tiempo sin ingresos</b>	<b>5.Ingresos no percibidos durante el periodo</b>	<b>6.Tipo de ingreso</b> 1. Ingreso monetario primera actividad 2. Ingreso monetario segunda actividad 3. Ingreso en especie 4. Ingreso monetario desocupados e inactivos 5. Pensiones 6. Arriendos
1	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _  Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/>	\$ _ _ _ _ _ _ _ _  No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
2	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_ _  Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3 <input type="checkbox"/>	\$ _ _ _ _ _ _ _ _  No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

	3	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_____ Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3. <input type="checkbox"/>	\$ _____ No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
	4	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	_____ Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Permanente 3. <input type="checkbox"/>	\$ _____ No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
726.	¿Por causa del evento algún miembro de su hogar dejó de asistir al colegio o institución educativa?					Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 728	
727.a	¿Cuántas personas del hogar dejaron de asistir al colegio o institución educativa por causa del evento?						_____
Relacione los miembros del hogar que dejaron de asistir al colegio o institución educativa. <b>Encuestador:</b> Registre los datos según la composición del hogar en la fecha del evento de referencia							
	N°	1.Edad	2.Sexo 1. Hombre 2. Mujer	3.Parentesco 1. Jefe de hogar 2. Pareja. esposa(o), cónyuge, compañera(o) 3. Hijo(a), hijastro(a), 4. Nieto(a) 5. Padre, madre, Suegro(a) 6. Otro pariente 7. Empleado(a) y sus parientes 8. Pensionista 9. Otro no pariente	4. Nivel educativo que cursaba 7. Preescolar 8. Primaria 9. Bachillerato 10. Técnico 11. Tecnológico 12. Universitario	5. Tiempo de no asistencia	
727.	1	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	_____ Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> No continuó estudiando debido al evento 3. <input type="checkbox"/>	
	2	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	_____ Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> No continuó estudiando debido al evento 3. <input type="checkbox"/>	
	3	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	_____ Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> No continuó estudiando debido al evento 3. <input type="checkbox"/>	
	4	_____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	_____ Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/> No continuó estudiando debido al evento 3. <input type="checkbox"/>	
728.	¿Contaba usted o su vivienda con un seguro contra desastres naturales?				Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 732		
729.	¿Recibió alguna indemnización por el seguro?				Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 731		
730.	¿Cuál fue el valor de la indemnización?				\$ _____ → 732		
731.	¿Por qué razón no recibió una indemnización por la compañía de seguros?				No realizo la reclamación		1. <input type="checkbox"/>
					Realizó la reclamación y fue negada		2. <input type="checkbox"/>
					Otra, ¿Cuál? _____		3. <input type="checkbox"/>
732.	¿Recuerda de algún otro impacto generado por el evento?				Si 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No 2 <input type="checkbox"/> → 801		
733.	¿Cuál fue el tiempo de duración del impacto?				_____ Horas 1. <input type="checkbox"/> Días 2. <input type="checkbox"/> Meses 3. <input type="checkbox"/>		
734.	¿Cuál fue el gasto ocasionado por el mismo?				\$ _____ No generó gasto 1 <input type="checkbox"/>		

### VIII. PARTICIPACIÓN EN LA ATENCIÓN Y MANEJO DE DESASTRES (SEGUNDO EVENTO)

801.	¿Recibió alguna ayuda de las autoridades para enfrentar el evento?			Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 805	
802.	¿Cuáles de las siguientes ayudas recibió?	1. Ayudas		¿Qué cantidad recibió?	
		a. Albergue	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_____ días	No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
		b. Subsidio monetario	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_____ días	No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
		c. Subsidio de arriendo	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	\$ _____	No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
		d. Alimentación	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_____ días	No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>

	e. Materiales de construcción	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _  Paquetes	No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	f. Colchones, colchonetas, cobijas	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _  Unidades	No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	g. Elementos de cocina	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _  Paquetes (kits)	No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	h. Elementos de aseo	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _  Paquetes (kits)	No sabe/ No responde 1. <input type="checkbox"/>
	i. Otros ¿Cuáles? _____	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _	
803.	Cómo calificaría las ayudas recibidas frente al evento:		Suficiente 1 <input type="checkbox"/>	Insuficiente 2 <input type="checkbox"/>
804.	¿Cuánto tiempo tardaron las autoridades para atender la emergencia?		Horas 1. <input type="checkbox"/> Días 2. <input type="checkbox"/> Meses 3. <input type="checkbox"/> No hubo reacción 4 <input type="checkbox"/> → 806 No sabe/No responde 88 <input type="checkbox"/> → 806	
805.	Cómo calificaría la reacción de las autoridades frente al evento:		Oportuna 1 <input type="checkbox"/>	Tardía 2 <input type="checkbox"/>
806.	Cómo calificaría la participación de la comunidad frente al evento:		Organizada 1 <input type="checkbox"/>	Desorganizada 2 <input type="checkbox"/> No hubo reacción 3 <input type="checkbox"/>

#### IV PARTICIPACIÓN EN MEDIDAS PREVENTIVAS Y ALERTAS (SEGUNDO EVENTO)

901.	Antes del evento, ¿usted tenía conocimiento de que su vivienda se encontraba en zona de riesgo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 903		
902.	¿Por qué medio(s) se enteró?	a. Campaña municipal	<input type="checkbox"/>	
		b. Campaña comunitaria	<input type="checkbox"/>	
		c. Boletín/Folleto	<input type="checkbox"/>	
		d. Televisión	<input type="checkbox"/>	
		e. Radio	<input type="checkbox"/>	
		f. Internet y redes sociales	<input type="checkbox"/>	
		g. Voz a voz	<input type="checkbox"/>	
		h. Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	
903.	¿Alguna entidad construyó una obra o implementó alguna medida que haya evitado el impacto del evento en su vivienda o en la zona?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 905 No sabe 88 <input type="checkbox"/> → 905		
904.	¿Cuál obra o medida?	a. Obra civil (muros, diques, jarillones)	<input type="checkbox"/>	
		b. Encauzamiento de ríos o quebradas	<input type="checkbox"/>	
		c. Limpieza de caños y quebradas	<input type="checkbox"/>	
		d. Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	
905.	1. Antes del evento, ¿algún miembro de su hogar participó en _____ de preparación de respuesta a eventos de desastres?	2. ¿Cuántos?		
	a. Simulacros	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _	
	b. Talleres/capacitaciones	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _	
	c. Otros ¿Cuáles? _____	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/>	_ _	
906.	Antes del evento, ¿tenía conocimiento de la existencia de un sistema o mecanismo de alertas tempranas?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 908		
907.	¿Cuál?	a. Sirena de alarma	<input type="checkbox"/>	
		b. Perifoneo /Megáfono	<input type="checkbox"/>	
		c. Red de comunicación	<input type="checkbox"/>	
		d. Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	
908.	Durante el evento, ¿se desplegó algún tipo de alerta?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1000		
909.	¿Cuál?	a. Sirena de alarma	<input type="checkbox"/>	
		b. Perifoneo /Megáfono	<input type="checkbox"/>	
		c. Red de comunicación	<input type="checkbox"/>	
		d. Otro ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	

### X HOGARES EN RIESGO SIN RECORDACIÓN DE LOS EVENTOS

1000	<b>Encuestador:</b> Revise las preguntas 402 y 702, ¿marcó la opción 1 o 2 en alguna de ellas? Si 1 <input type="checkbox"/> → Termine      No 2 <input type="checkbox"/> → 1001	
1001	¿Tiene conocimiento de que su vivienda se encuentra en zona de riesgo?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1003
1002	¿Por qué medio(s) se enteró?	a. Campaña municipal <input type="checkbox"/>
		b. Campaña comunitaria <input type="checkbox"/>
		c. Boletín/Folleto <input type="checkbox"/>
		d. Televisión <input type="checkbox"/>
		e. Radio <input type="checkbox"/>
		f. Internet y redes sociales <input type="checkbox"/>
		g. Voz a voz <input type="checkbox"/>
		h. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>
1003	¿Ha realizado alguna obra o adecuación de su vivienda para evitar daños ante eventos de desastre?	Si 1 <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ No 2 <input type="checkbox"/> → 1006
1004	Año de adecuación	_____
1005	¿Cuál fue el gasto en obra o adecuación?	\$ _____ ._____ ._____
1006	¿Cuenta usted o su vivienda con un seguro contra desastres?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1008
1007	¿Cuál es el costo mensual del seguro?	\$ _____ ._____ ._____
1008	¿Identifica alguna obra o medida realizada por una entidad pública o comunitaria que haya evitado el impacto de eventos de inundación en su vivienda o en la zona?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1010
1009	¿Cuál obra o medida?	a. Obra civil (muros, diques, jarillones) <input type="checkbox"/>
		b. Encauzamiento de ríos o quebradas <input type="checkbox"/>
		c. Limpieza de caños y quebradas <input type="checkbox"/>
		h. Otro ¿Cuál? _____ <input type="checkbox"/>
1010	1. ¿Algún miembro de su hogar ha participado en _____ de preparación de respuesta a este tipo de eventos?	2. ¿Cuántos?
	a. Simulacros	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/> _____
	b. Talleres/capacitaciones	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/> _____
	c. Otro ¿Cuál? _____	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/> _____
1011	¿Tiene conocimiento de la existencia de un sistema o mecanismo de alertas ante eventos de desastres?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1012	Cómo calificaría la preparación de las autoridades frente a un evento de desastre:	Suficiente 1 <input type="checkbox"/> Insuficiente 2 <input type="checkbox"/> no preparada 3 <input type="checkbox"/>
1013	Cómo calificaría la preparación de la comunidad frente a un evento de desastres:	Suficiente 1 <input type="checkbox"/> Insuficiente 2 <input type="checkbox"/> no preparada 3 <input type="checkbox"/>