


106. Actualmente, ¿Cuál es su parentesco con el jefe o la jefa de este hogar?	Jefe(a) del hogar	1 <input type="checkbox"/>
	Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a)	2 <input type="checkbox"/>
	Hijo(a)	3 <input type="checkbox"/>
	Hijastro(a)	4 <input type="checkbox"/>
	Nieto(a)	5 <input type="checkbox"/>
	Padre o madre	6 <input type="checkbox"/>
	Padrastra o madrastra	7 <input type="checkbox"/>
	Hermano(a) Hermanastro(a)	8 <input type="checkbox"/>
	Yerno, nuera	9 <input type="checkbox"/>
	Otro pariente del jefe	10 <input type="checkbox"/>
	Empleado(a) del servicio doméstico	11 <input type="checkbox"/>
	Pensionista	12 <input type="checkbox"/>
	Otro no pariente	13 <input type="checkbox"/>
107. ¿Su parentesco con el Jefe de hogar es diferente al que tenía cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 109	
108. ¿Cuál era ese parentesco con el Jefe del hogar?	Jefe(a) del hogar	1 <input type="checkbox"/>
	Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a)	2 <input type="checkbox"/>
	Hijo(a)	3 <input type="checkbox"/>
	Hijastro(a)	4 <input type="checkbox"/>
	Nieto(a)	5 <input type="checkbox"/>
	Padre o madre	6 <input type="checkbox"/>
	Padrastra o madrastra	7 <input type="checkbox"/>
	Hermano(a) Hermanastro(a)	8 <input type="checkbox"/>
	Yerno, nuera	9 <input type="checkbox"/>
	Otro pariente del jefe	10 <input type="checkbox"/>
	Empleado(a) del servicio doméstico	11 <input type="checkbox"/>
	Pensionista	12 <input type="checkbox"/>
	Otro no pariente	13 <input type="checkbox"/>
109. Actualmente, su estado civil es:	Casado(a)	1 <input type="checkbox"/>
	Unión libre	2 <input type="checkbox"/>
	Viudo(a)	3 <input type="checkbox"/>
	Separado(a) o divorciado(a)	4 <input type="checkbox"/>
	Soltero(a)	5 <input type="checkbox"/>
110. ¿Su estado civil es diferente al que tenía cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 112	
111. ¿Cuál era su estado civil?	Casado(a)	1 <input type="checkbox"/>
	Unión libre	2 <input type="checkbox"/>
	Viudo(a)	3 <input type="checkbox"/>
	Separado(a) o divorciado(a)	4 <input type="checkbox"/>
	Soltero(a)	5 <input type="checkbox"/>
112. Actualmente, ¿Cuál es el estrato de la vivienda en la que vive?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Sin Estrato <input type="checkbox"/>	
Entrevistador-a: Solicite el recibo de la luz.		
113. ¿El estrato de la vivienda es diferente al que tenía cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 115	

FORMULARIO No.

3

114. ¿Cuál era el estrato de la vivienda en donde vivía?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Sin Estrato <input type="checkbox"/>
115. Actualmente, ¿Cuántas personas conforman su hogar, incluido-a usted?	__ __
116. ¿El número de personas que conforman su hogar era diferente cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 118
117. ¿Cuántas personas conformaban su hogar, incluido-a usted?	__ __
118. Actualmente, ¿Tiene personas a su cargo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 119 ↓ b. ¿Cuántas? __ __
119. ¿El número de personas que tiene a su cargo era diferente cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 201
120. ¿Cuántas personas tenía a su cargo?	__ __

II. CERTIFICACIÓN DE NORMAS DE COMPETENCIA LABORAL (NCL)

 Entrevistador-a: Verifique según la muestra.	Población Control	1 <input type="checkbox"/>		
	201. El informante es:	Población Tratamiento	2 <input type="checkbox"/>	
202. ¿Cuántas certificaciones ha tenido?	_____			
203. Según los registros del SENA usted obtuvo una certificación de competencias laborales en la siguiente fecha:	a1. Fecha: Mes __ __ Año __ __	b1. ¿Es correcta la fecha? Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ c1. ¿En qué fecha fue? Mes __ __ Año __ __	d1. Este certificado fue en la Norma: Nombre: _____ Código: _____	e1. ¿Es correcta la Norma? Sí 1 <input type="checkbox"/> → a.2 No 2 <input type="checkbox"/> ↓ f1. ¿En qué Norma fue? _____ _____
	a2. Fecha: Mes __ __ Año __ __	b2. ¿Es correcta la fecha? Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ c2. ¿En qué fecha fue? Mes __ __ Año __ __	d2. Este certificado fue en la Norma: Nombre: _____ Código: _____	e2. ¿Es correcta la Norma? Sí 1 <input type="checkbox"/> → a.3 No 2 <input type="checkbox"/> ↓ f2. ¿En qué Norma fue? _____ _____

<p>202. Según los registros del SENA usted obtuvo una certificación de competencias laborales en la siguiente fecha:</p>	<p>a3. Fecha:</p> <p>Mes __ __ </p> <p>Año __ __ </p>	<p>b3. ¿Es correcta la fecha?</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/> →</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>c3. ¿En qué fecha fue?</p> <p>Mes __ __ </p> <p>Año __ __ </p>	<p>d3. Este certificado fue en la Norma:</p> <p>Nombre:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Código:</p> <p>_____</p>	<p>e3. ¿Es correcta la Norma?</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → a.4</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>f3. ¿En qué Norma fue?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>a4. Fecha:</p> <p>Mes __ __ </p> <p>Año __ __ </p>	<p>b4. ¿Es correcta la fecha?</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/> →</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>c4. ¿En qué fecha fue?</p> <p>Mes __ __ </p> <p>Año __ __ </p>	<p>d4. Este certificado fue en la Norma:</p> <p>Nombre:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Código:</p> <p>_____</p>	<p>e4. ¿Es correcta la Norma?</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → a.5</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>f4. ¿En qué Norma fue?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>a5. Fecha:</p> <p>Mes __ __ </p> <p>Año __ __ </p>	<p>b5. ¿Es correcta la fecha?</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/> →</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>c5. ¿En qué fecha fue?</p> <p>Mes __ __ </p> <p>Año __ __ </p>	<p>d5. Este certificado fue en la Norma:</p> <p>Nombre:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Código:</p> <p>_____</p>	<p>e5. ¿Es correcta la Norma?</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → 202.a</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>f5. ¿En qué Norma fue?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>204. ENTREVISTADOR Si tiene varias certificaciones, pregunte: ¿Tiene alguna titulación?</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a. ¿Cuántas? _____</p> <p>b. ¿Cuál (cuáles) titulación (es) tiene? _____</p>
--	---

<p>202.a ENTREVISTADOR-A: Transcriba la pregunta 201:</p> <p>Población Control 1 <input type="checkbox"/> → Obtuvo alguna certificación ANTES de 2011, según la pregunta 202.</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → ⊗</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → 203</p>
<p>Población Tratamiento 2 <input type="checkbox"/> → Obtuvo alguna certificación ANTES de 2009, según la pregunta 202.</p>	<p>Sí 1 <input type="checkbox"/> → ⊗</p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → 203</p>

<p>205. ¿Cómo se enteró que podía certificar su o sus competencias laborales?</p>	Amigos o conocidos	1 <input type="checkbox"/>
	Medios de comunicación	2 <input type="checkbox"/>
	Establecimiento educativo o de formación para el trabajo	3 <input type="checkbox"/>
	Por el servicio público de los centros de formación del SENA	4 <input type="checkbox"/>

FORMULARIO No.

5

	Por la página de internet del SENA	<input checked="" type="checkbox"/>
	Empresa donde trabaja o trabajaba	<input type="checkbox"/>
	Empresa donde quiere o quería trabajar	<input type="checkbox"/>
	Otro	<input type="checkbox"/>
		↓ ¿Cuál? _____

ENTREVISTADOR-A: Lea el siguiente texto: Las siguientes preguntas se refieren a la primera certificación en caso de tener más de una o la única en caso de solo tener una certificación (en caso de tener más de una al MISMO TIEMPO); pregunte por la que para la persona es la más importante:


206. Al momento de inscribirse al Proceso de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales, ¿Usted era?	Trabajador dependiente	1 <input type="checkbox"/>			
	Trabajador independiente	2 <input type="checkbox"/>			
	Desempleado	3 <input type="checkbox"/>			
	Estudiante	4 <input type="checkbox"/>			
	Pensionado	5 <input type="checkbox"/>			
	Ama de casa	6 <input type="checkbox"/>			
	Otro	7 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____			
207. La inscripción al Proceso de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales fue:	Voluntaria	1 <input type="checkbox"/>			
	Exigida por la regulación de este oficio	2 <input type="checkbox"/>			
	Exigida por la empresa donde trabaja o trabajaba	3 <input type="checkbox"/>			
	Exigido por sus clientes	4 <input type="checkbox"/>			
	Requerido por la empresa donde quería trabajar	5 <input type="checkbox"/>			
	Necesario para obtener un empleo	6 <input type="checkbox"/>			
208. ¿Qué expectativas tenía al inscribirse al Proceso?	2. ¿Se cumplió la expectativa que tenía al inscribirse en el proceso?				
		Si totalmente	Si parcialmente	No	
	a. Conseguir un empleo	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	b. Vender mejor sus servicios	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	c. Lograr una promoción laboral	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	d. Estudiar o regresar a alguna institución de educación	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	e. Tomar o volver a tomar cursos de formación para el trabajo	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	f. No ser afectado por episodios de desempleo	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	g. Tener un mayor reconocimiento de sus jefes	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	h. Tener un mayor reconocimiento de sus compañeros	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	i. Tener un mayor reconocimiento de su familia o amigos	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	j. Conocer mejor lo que se espera de usted para el adecuado desempeño de su oficio	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	k. Saber que tan competente es para desempeñar su oficio	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
l. Otra	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
↓					
¿Cuál?					
209. ¿Cuánto tiempo duró el proceso de evaluación y certificación la primera vez? (Desde su inscripción hasta la finalización)	_ _ _ _		1 <input type="checkbox"/> Días		
			2 <input type="checkbox"/> Semanas		
			3 <input type="checkbox"/> Meses		
210. Durante el proceso de certificación, tuvo que asumir gastos de:	a. Transporte	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
	b. Estadía u hospedaje	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
	c. Materiales	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
	d. Otra	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
	↓				
¿Cuál?					
Ninguno 1 <input type="checkbox"/> → 210					
211. ¿En cuánto estima los gastos totales en que incurrió?	\$ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _				
212. ¿Para obtener la certificación tuvo que hacer un plan de mejoramiento?	Sí 1 <input type="checkbox"/>		No 2 <input type="checkbox"/> → 212		
213. ¿Con quién lo hizo?	SENA	1 <input type="checkbox"/>			
	Con otra entidad	2 <input type="checkbox"/>			
	Con un capacitador individual	3 <input type="checkbox"/>			
	Con colegas, amigos	4 <input type="checkbox"/>			
	Por cuenta propia (con Internet, documentación, manuales, etc.)	5 <input type="checkbox"/>			

Comentario [U1]: ELIMINE LA PREGUNTA DE TITULACIÓN QUE ERA LA 213 Y LA AGREGUE EN LA 204.

214. ¿Algunas de las certificaciones que había obtenido, tienen relación con ese trabajo, ocupación u oficio **actualmente**?

Sí 1 No 2

III. PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS CON EL PECCL

301.  **ENTREVISTADOR-A:** Lea el siguiente texto: Teniendo en cuenta el proceso de certificación de competencias laborales que realizó con el SENA (si ha hecho más de uno, **refiérase al primero**) califique de muy adecuado a inadecuado los siguientes aspectos:


Aspectos	a. Muy adecuado	b. Adecuado	c. Inadecuado	d. Muy inadecuado
a. La información que recibió antes de la inscripción (al momento de acercarse por primera vez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los requisitos que le exigieron para iniciar el proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El trámite de inscripción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El plan de evaluación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. La recolección de las evidencias de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. La recolección de las evidencias de desempeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. La recolección de las evidencias de producto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. El tiempo que duró el proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Lugar donde se evaluó la competencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
j. Maquinaria/herramienta/materiales con que se evaluó la competencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
k. La retroalimentación e información durante el proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Los costos en que incurrió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Los criterios de evaluación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. El proceso en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. El desempeño general de los evaluadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
302. Si pudiera mejorar algún aspecto del PECCL ¿Qué mejoraría?	Ninguna <input type="checkbox"/>			
303. ¿Considera que el proceso de certificación evidencia efectivamente las competencias que usted posee?	Sí, totalmente	1 <input type="checkbox"/>		
	Sí, parcialmente	2 <input type="checkbox"/>		
	No	3 <input type="checkbox"/>		

IV. PROCESO Y PERCEPCIÓN CON CERTIFICADORES DIFERENTES AL SENA

Hora de inicio: _____

401. ¿Se ha certificado con una entidad diferente al SENA?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 501
402. ¿Se certificó más de una vez?	Si 1 <input type="checkbox"/> → b. ¿Cuántas veces? __ __ No 2 <input type="checkbox"/>
403. ¿Con quién se certificó diferente al SENA?	a. Primera vez : _____

	b. Segunda vez: _____ c. Tercera vez : _____ d. Cuarta vez: _____
404. ¿En qué competencias se certificó?	a. Primera vez : _____ b. Segunda vez: _____ c. Tercera vez : _____ d. Cuarta vez: _____
405. ¿Cuándo obtuvo su(s) certificación?	a. Primera vez: Mes __ _ _ Año __ _ _ _ _ _ b. Segunda vez: Mes __ _ _ Año __ _ _ _ _ _ c. Tercera vez: Mes __ _ _ Año __ _ _ _ _ _ d. Cuarta vez: Mes __ _ _ Año __ _ _ _ _ _

406.  **ENTREVISTADOR-A:** Lea el siguiente texto: Teniendo en cuenta el proceso de certificación de competencias laborales que realizó con otras entidades certificadoras, (si ha hecho más de uno, **refiérase al primero**) califique de muy adecuado a inadecuado los siguientes aspectos:

Aspectos	a. Muy adecuado	b. Adecuado	c. Inadecuado	d. Muy inadecuado	e. No aplica
a. La información que recibió antes de la inscripción (al momento de acercarse por primera vez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los requisitos que le exigieron para iniciar el proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. El trámite de inscripción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El plan de evaluación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. La recolección de las evidencias de conocimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. La recolección de las evidencias de desempeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. La recolección de las evidencias de producto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. El tiempo que duró el proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Lugar donde se evaluó la competencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
g. Maquinaria/herramienta/materiales con que se evaluó la competencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
i. La retroalimentación e información durante el proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Los criterios de evaluación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. El proceso en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. El desempeño general de los evaluadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
407. ¿Cuánto tiempo duró el proceso de evaluación y certificación la primera vez?	__ _ _			1 <input type="checkbox"/> Días	
				2 <input type="checkbox"/> Semanas	
				3 <input type="checkbox"/> Meses	

408. Si pudiera mejorar algún aspecto, ¿Qué mejoraría?		
409. Durante el proceso de certificación, tuvo que asumir gastos de:	b. Transporte	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Estadía u hospedaje	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Materiales	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	e. Otra	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	↓	
	¿Cuál?	1 <input type="checkbox"/> → 409
410. ¿En cuánto estima los gastos totales en que incurrió?	\$ _ _ . _ _ . _ _	
411. ¿Considera que la certificación de competencias laborales tomado con otra entidad diferente al SENA (la primera vez) evidencia efectivamente el desempeño de las personas de acuerdo con sus competencias laborales?	Sí, totalmente	1 <input type="checkbox"/>
	Sí, parcialmente	2 <input type="checkbox"/>
	No, parcialmente	3 <input type="checkbox"/>
412. ¿Para obtener la certificación tuvo que hacer un plan de mejoramiento?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	


V. SEGURIDAD SOCIAL Hora de inicio: _____

501. Actualmente, ¿Usted está cubierto-a en salud por alguna entidad? (EPS, ARS, Sisben, etc.)	Sí	1 <input type="checkbox"/>
	No	2 <input type="checkbox"/> → 503
	No sabe / No informa	3 <input type="checkbox"/> → 503
502. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado-a:	Contributivo como contribuyente	1 <input type="checkbox"/>
	Contributivo como beneficiaria	2 <input type="checkbox"/>
	Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Universidades públicas, Magisterio)	3 <input type="checkbox"/>
	Subsidiado	4 <input type="checkbox"/>
	No sabe, no informa	5 <input type="checkbox"/>
503. ¿Su régimen de seguridad social en salud es diferente al que tenía cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 506	
504. Cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales, ¿Usted estaba cubierto en salud por alguna entidad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 506	
505. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud estaba usted afiliado-a:	Contributivo como contribuyente	1 <input type="checkbox"/>
	Contributivo como beneficiaria	2 <input type="checkbox"/>
	Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, Universidades públicas, Magisterio)	3 <input type="checkbox"/>
	Subsidiado	4 <input type="checkbox"/>
	No sabe, no informa	5 <input type="checkbox"/>
506. Actualmente, Usted tiene limitaciones permanentes para:	a. Moverse o caminar	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Usar sus brazos o manos	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Ver, a pesar de usar lentes o gafas	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Oír, aún con aparatos especiales	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	e. Hablar	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	f. Entender o aprender	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

	g. Relacionarse con los demás, por problemas mentales o emocionales	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	h. Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	i. Otra limitación permanente	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuál?	No 2 <input type="checkbox"/>
507. Cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales, ¿Usted tenía algún tipo de limitación permanente?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 509		
508. ¿Cuál limitaciones permanentes tenía?	a. Moverse o caminar	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Usar sus brazos o manos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Ver, a pesar de usar lentes o gafas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Oír, aún con aparatos especiales	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	e. Hablar	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	f. Entender o aprender	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	g. Relacionarse con los demás, por problemas mentales o emocionales	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	h. Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	i. Otra limitación permanente	Sí 1 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuál?	No 2 <input type="checkbox"/>
509. Actualmente, ¿Usted está cotizando a un fondo de pensiones?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
	No	2 <input type="checkbox"/> → 513	
	Ya es pensionado	3 <input type="checkbox"/> → 601	
510. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza?	Fondo privado	1 <input type="checkbox"/>	
	ISS, Cajanal	2 <input type="checkbox"/>	
	Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol, etc.)	3 <input type="checkbox"/>	
	Fondo subsidiado (Prosperar)	4 <input type="checkbox"/>	
	No sabe, no informa	5 <input type="checkbox"/>	
511. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación al fondo de pensiones?	Paga una parte y otra la empresa o patrón	1 <input type="checkbox"/>	
	Paga la totalidad de la afiliación	2 <input type="checkbox"/>	
	Paga completamente la empresa o patrón	3 <input type="checkbox"/>	
512. ¿Cuántos años lleva cotizando a un fondo de pensiones?	__ __ años		
513. Cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales, ¿Usted estaba cotizando en un fondo de pensiones?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 517		
514. ¿A cuál de los siguientes fondos estaba cotizando?	Fondo privado	1 <input type="checkbox"/>	
	ISS, Cajanal	2 <input type="checkbox"/>	
	Regímenes especiales (FFMM, Ecopetrol, etc.)	3 <input type="checkbox"/>	
	Fondo subsidiado (Prosperar)	4 <input type="checkbox"/>	
	No sabe, no informa	5 <input type="checkbox"/>	
515. ¿Quién pagaba mensualmente por la afiliación al fondo de pensiones?	Paga una parte y otra la empresa o patrón	1 <input type="checkbox"/>	
	Paga la totalidad de la afiliación	2 <input type="checkbox"/>	
	Paga completamente la empresa o patrón	3 <input type="checkbox"/>	
516. ¿Cuántos años llevaba cotizando a un fondo de pensiones?	__ __ años		
517. Actualmente, ¿Usted está afiliado por una empresa o individualmente a una Aseguradora de Riesgos Profesionales – ARP, (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
	No	2 <input type="checkbox"/>	
	No sabe / No informa	3 <input type="checkbox"/>	

518. Cuando se inscribió la primera vez a la certificación de competencias laborales, ¿Usted estaba afiliado a una aseguradora de riesgos profesionales?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------

VI. EDUCACIÓN

Hora de inicio: _____	
601. ¿Sabe leer y escribir?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
602. Actualmente, ¿Usted asiste a la escuela, colegio, instituto o universidad?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 604
603. ¿En qué nivel y año esta cursando?	
1. Nivel educativo	2. ¿Año que esta cursando?
Ninguno	1 <input type="checkbox"/>
Preescolar	2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Primaria	3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Secundaria y media	4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
Técnica o tecnológica	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Universitaria	6 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Posgrado	7 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
604. ¿Cuál es su máximo nivel educativo alcanzado y el último el año aprobado en ese nivel?	
1. Máximo nivel educativo	2. ¿Cuál es la cantidad de años que ha aprobado en ese nivel?
Ninguno	1 <input type="checkbox"/> → 701
Preescolar	2 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> } → 306
Primaria	3 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> }
Secundaria y media	4 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
Técnica o tecnológica	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Universitaria	6 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Posgrado	7 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
 ENTREVISTADOR-A: Verifique: Haber marcado último grado en la pregunta anterior, 604.	
605. ¿Tiene título académico que acredite haberse graduado en ese nivel?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
606. ¿Como consecuencia del proceso de certificación de competencias laborales, se motivó para avanzar en su formación básica, media o superior?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>


VII. FORMACIÓN PARA EL TRABAJO

701. ¿Alguna vez ha asistido a un curso de formación para el trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 711	
702. ¿El proceso de certificación de competencias laborales, lo motivó para tomar ese o esos cursos de formación para el trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
703. ¿Actualmente asiste a un curso de formación para el trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
704. ¿El curso que tomo o está tomando está relacionado con alguna de las certificaciones que obtuvo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
705. Desde el momento de la primera certificación, ¿ha tomado algún curso de formación para el trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 711	
706. ¿Cuál es la duración total en horas del último curso tomado después de la certificación?	Menos de 40 horas	1 <input type="checkbox"/>
	Entre 41 y 160 horas	2 <input type="checkbox"/>
	Entre 161 y 600 horas	3 <input type="checkbox"/>
	Más de 600 horas	4 <input type="checkbox"/>
707. ¿En qué fecha terminó ese curso?	Mes __ __ Año __ __ __ __	
708. ¿Cuál institución lo dictó?	SENA	1 <input type="checkbox"/>
	Otra institución de formación para el	2 <input type="checkbox"/>


	trabajo	
	Institución de educación superior	3 <input type="checkbox"/>
	Caja de compensación familiar	4 <input type="checkbox"/>
	Otra	5 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____
709. ¿Cuál era su principal objetivo al iniciar el curso?	Cambiar de situación laboral	1 <input type="checkbox"/>
	Crear su propia empresa o el manejo de la que tiene	2 <input type="checkbox"/>
	Mejorar su desempeño laboral	3 <input type="checkbox"/>
	Continuar con sus estudios	4 <input type="checkbox"/>
	Cumplir una exigencia de la empresa	5 <input type="checkbox"/>
	Certificar una competencia	6 <input type="checkbox"/>
	Otra	7 <input type="checkbox"/> → ¿Cuál? _____
710. ¿De acuerdo con su objetivo, el curso fue útil?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
	No	2 <input type="checkbox"/>
	No sabe/ No informa	3 <input type="checkbox"/>
711. Al finalizar el curso le entregaron:	Certificado	1 <input type="checkbox"/> Nombre del certificado: _____
	Constancia de asistencia o aprobación	2 <input type="checkbox"/>
	Otro	3 <input type="checkbox"/>
	Ninguno	4 <input type="checkbox"/>
712. ¿Tiene planeado asistir a algún curso de formación para el trabajo en los próximos 12 meses?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
	No	2 <input type="checkbox"/>

VIII. TRABAJO

801. En las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS , ¿Usted hizo alguna diligencia para conseguir un (otro) trabajo o instalar un negocio?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
802. Actualmente , usted es:	Trabajador dependiente	1 <input type="checkbox"/> → 804
	Trabajador independiente	2 <input type="checkbox"/> → 804
	Desempleado	3 <input type="checkbox"/>
	Estudiante	4 <input type="checkbox"/>
	Pensionado	5 <input type="checkbox"/>
	Ama de casa	6 <input type="checkbox"/>
	Otro	7 <input type="checkbox"/> ↓ ¿Cuál? _____
803. Si le hubiera resultado algún trabajo ¿Estaba disponible la semana pasada para empezar a trabajar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> 901	

 **ENTREVISTADOR-A:** Lea el siguiente texto: Algunas de las siguientes preguntas se las haré para el momento actual y para el momento de inscripción para su primera certificación.

804. Actualmente , En este trabajo usted es:	
Obrero- empleado de empresa particular	1 <input type="checkbox"/>
Obrero- empleado del gobierno	2 <input type="checkbox"/>
Empleado(a) doméstico(a)	3 <input type="checkbox"/>
Profesional independiente	4 <input type="checkbox"/>
Trabajador independiente o por cuenta propia	5 <input type="checkbox"/> } _____
Patrón o empleador	6 <input type="checkbox"/>
Trabajador de su propia finca o finca en arriendo o aparcería	7 <input type="checkbox"/>
Trabajador familiar sin remuneración	8 <input type="checkbox"/>

Ayudante sin remuneración	9 <input type="checkbox"/>	
Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	10 <input type="checkbox"/>	
Jornalero o peón	11 <input type="checkbox"/>	
805. ¿Cómo consiguió este trabajo?		
Por amigos o familiares, colegas (redes sociales)	1 <input type="checkbox"/>	
Visitó, llevó o envió hojas de vida a empresas o empleadores	2 <input type="checkbox"/>	
Visitó, llevó o envió hojas de vida a bolsas de empleo o intermediarios	3 <input type="checkbox"/>	
Lo buscaron intermediarios	4 <input type="checkbox"/>	
Puso o consultó avisos clasificados en prensa o internet	5 <input type="checkbox"/>	
Por convocatoria	6 <input type="checkbox"/>	
Por el sistema de información del SENA	7 <input type="checkbox"/>	
Otro, ¿cuál?	8 <input type="checkbox"/>	
No sabe	9 <input type="checkbox"/>	
806. En este trabajo ¿cuál es su ocupación u oficio?		
<input type="text"/>		
807. Principalmente , la certificación de competencias laborales le ha ayudado a:	Conseguir este trabajo	a. <input type="checkbox"/>
	Mantener este trabajo	b. <input type="checkbox"/>
	Tener promociones o ascensos en este trabajo	c. <input type="checkbox"/>
	Tener una mayor remuneración en este trabajo	d. <input type="checkbox"/>
	Otro	e. <input type="checkbox"/>
	Cuál?	f. <input type="checkbox"/>
No me ha ayudado		f. <input type="checkbox"/>
808. ¿Alguna de las certificaciones que ha obtenido, tienen relación con este trabajo, ocupación u oficio?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
809. Para realizar este trabajo, ¿Tiene algún tipo de contrato?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → a. A término indefinido <input type="checkbox"/> b. A término fijo <input type="checkbox"/>	
	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	
810. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?	_ _ _	a. Meses <input type="checkbox"/>
		b. Años <input type="checkbox"/>
811. ¿Cuántas personas, incluido-a usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja?	Trabaja sólo	1 <input type="checkbox"/>
	2 a 5 personas	2 <input type="checkbox"/>
	6 a 10 personas	3 <input type="checkbox"/>
	11 a 24 personas	4 <input type="checkbox"/>
	25 a 49 personas	5 <input type="checkbox"/>
	50 a 249 personas	6 <input type="checkbox"/>
	250 personas o más	7 <input type="checkbox"/>
812. ¿Cuánto ganó el mes pasado, en este empleo u oficio (incluya propinas y comisión es y excluya viáticos y pagos en especie)?	\$ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _	
No gana 1 <input type="checkbox"/>		
813. La semana pasada, ¿Cuántas horas trabajó exclusivamente en este empleo u oficio?	_ _ _ _ horas	
814.  ENTREVISTADOR -A: Verifique la pregunta 204, marcó 1 o 2:	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 822

Comentario [U2]: LO MOVI DEL 815 A ESTE LUGAR

815. Cuando usted se inscribió para la primera certificación con el SENA, en su trabajo usted era:	
Obrero- empleado de empresa particular	1 <input type="checkbox"/>
Obrero- empleado del gobierno	2 <input type="checkbox"/>
Empleado(a) doméstico(a)	3 <input type="checkbox"/>
Profesional independiente	4 <input type="checkbox"/>
Trabajador independiente o por cuenta propia	5 <input type="checkbox"/>
Patrón o empleador	6 <input type="checkbox"/>
Trabajador de su propia finca o finca en arriendo o aparcería	7 <input type="checkbox"/>
Trabajador familiar sin remuneración	8 <input type="checkbox"/>
Ayudante sin remuneración	9 <input type="checkbox"/>
Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	10 <input type="checkbox"/>
Jornalero o peón	11 <input type="checkbox"/>
816. En ese trabajo ¿cuál era su ocupación u oficio?	_____
817. Para realizar ese trabajo, ¿Tenía algún tipo de contrato?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → a. A término indefinido <input type="checkbox"/> b. A término fijo <input type="checkbox"/>
	No 2 <input type="checkbox"/>
818. ¿Cuánto tiempo llevaba trabajando en esa empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua?	_ _ _ a. Meses <input type="checkbox"/> b. Años <input type="checkbox"/>
819. ¿Cuántas personas, incluido-a usted, tenía la empresa o negocio donde trabajaba?	Trabaja sólo 1 <input type="checkbox"/>
	2 a 5 personas 2 <input type="checkbox"/>
	6 a 10 personas 3 <input type="checkbox"/>
	11 a 24 personas 4 <input type="checkbox"/>
	25 a 49 personas 5 <input type="checkbox"/>
	50 a 249 personas 6 <input type="checkbox"/>
	250 personas o más 7 <input type="checkbox"/>
820. ¿Cuánto ganó el mes anterior, a inscribirse para la primera certificación con el SENA, en ese empleo u oficio (incluya propinas y comisiones y excluya viáticos y pagos en especie)?	\$ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ No ganaba 1 <input type="checkbox"/>
821. ¿Cuántas horas a la semana trabajaba exclusivamente en este empleo u oficio?	_ _ _ _ horas

822. ENTREVISTADOR-A: Verifique la pregunta 802, marcó 3: Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 824
823. ¿Durante cuánto tiempo, usted ha estado buscando trabajo? _ _ _ _ meses
824. ENTREVISTADOR-A: Verifique la pregunta 204, marcó 3: Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 901
825. Cuando usted se inscribió para la primera certificación con el SENA, ¿Durante cuánto tiempo, usted estuvo buscando trabajo? _ _ _ _ meses

IX. CAMBIOS DESDE EL MOMENTO DE LA PRIMERA CERTIFICACIÓN CON EL SENA

901. Después de la primera certificación (o única) con el SENA ha tenido:	a. Momentos de desempleo	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Ha sido independiente	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Aumento salarial	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Más responsabilidad laboral	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	e. Cambio de empresa	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	f. Cambio de oficio	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>

FORMULARIO No.

15

	g. Cambio en el tipo de contrato	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	h. Se ha sentido más motivado	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	i. Ha realizado planes para su futuro laboral o de formación	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	j. Ha realizado estudios	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
902. Mencione algún cambio que haya tenido importante que no esté en la lista anterior con relación a su desempeño laboral:	<hr/> <hr/> <p style="text-align: right;">Ninguno <input type="checkbox"/></p>		
903. ENCUESTADOR(A): Registre el Formato 1 – Agenda y control de visitas – Personas.	Página No. __ __ __ Número de orden __		
904. ENCUESTADOR(A): ¿Firmó el Formato 1 – Agenda y control de visitas - Personas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		

OBSERVACIONES

**Agradecemos su valiosa colaboración y su tiempo
¡Muchas gracias!**