
	<p>“LEVANTAR LA LÍNEA DE BASE QUE PERMITA CARACTERIZAR LA POBLACIÓN OBJETIVO DEL “PROGRAMA DE DESARROLLO RURAL INTEGRAL CON ENFOQUE TERRITORIAL”, DISEÑAR LA METODOLOGÍA Y DEFINIR LOS INDICADORES DE LA EVALUACIÓN DE IMPACTO.”</p> <p>MODULO I : ENCUESTA AL HOGAR</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

CONTROL OPERATIVO

Número de Identificación Muestral (NIM)

1	Número de la ficha asignada en la base de SISBEN 		8	Coordenadas:			
2	IDENTIFICADOR DE LA VIVIENDA (DEPTO+MPIO+FICHA+ CONSE) 			Grados	Minutos	Segundos	Altura
3	Región 						
4	Departamento 						
5	Municipio: 						
6	Departamento y municipio 			9	Dirección de la vivienda 		
7	Zona: 1. Centro Poblado <input type="checkbox"/> 2. Rural disperso <input type="checkbox"/> Nombre vereda: _____ Nombre Corregimiento: _____	10	Por favor indíqueme el teléfono del informante o jefe de hogar: 				
		11	Por favor indíqueme el nombre y el teléfono de contacto de otra persona miembro del hogar distinto al jefe de hogar: Nombre: _____ Debe aceptar números fijos y celulares 				

DATOS DEL PERSONAL DE RECOLECCIÓN Y TÉCNICAS DE SUPERVISIÓN

12	Nombre del supervisor: _____		14	Resultado final de la visita	
	Identificación: 			Completa	<input type="checkbox"/>
	Nombre del encuestador: _____			Incompleta	<input type="checkbox"/>
	Identificación: 			Rechazo	<input type="checkbox"/>
				Nadie en el Hogar	<input type="checkbox"/>
13	¿Revisó el formulario? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Vivienda desocupada	<input type="checkbox"/>

I. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA Y DEL HOGAR

* 101	Material predominante de las paredes exteriores		
	Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida	1 <input type="checkbox"/>	Material prefabricado 6 <input type="checkbox"/>
	Tapia pisada, adobe	2 <input type="checkbox"/>	Guadua, caña, esterilla, otro vegetal 7 <input type="checkbox"/>
	Bahareque revocado	3 <input type="checkbox"/>	Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico 8 <input type="checkbox"/>
	Bahareque sin revocar	4 <input type="checkbox"/>	Sin paredes 9 <input type="checkbox"/>
	Madera burda, tabla, tablón	5 <input type="checkbox"/>	
* 102	Material predominante de los pisos		
	Alfombra o tapete de pared a pared	1 <input type="checkbox"/>	Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal 5 <input type="checkbox"/>
	Madera pulida y lacada, parqueté	2 <input type="checkbox"/>	Cemento, gravilla 6 <input type="checkbox"/>
	Mármol	3 <input type="checkbox"/>	Tierra, arena 7 <input type="checkbox"/>
	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo	4 <input type="checkbox"/>	

103	¿La vivienda cuenta con servicio de Energía Eléctrica?	Si 1 <input type="checkbox"/> Estrato __ No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 107
* 104	¿Pagan en este hogar por la electricidad que consumen?	
	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No pagan pero tiene el servicio 3 <input type="checkbox"/> Pase a 107
	Sí, con el arriendo 2 <input type="checkbox"/>	No tienen el servicio 4 <input type="checkbox"/> Pase a 107
105	¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por la electricidad consumida?	\$ __ __ __ __ __ __
106	¿A cuántos meses corresponde ese pago?	__ __

107	¿La vivienda cuenta con servicio de Acueducto?	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Pase a 111
*108	¿Pagan en este hogar por servicio de acueducto?	
	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No pagan pero tiene el servicio 3 <input type="checkbox"/> Pase a 111
	Sí, con el arriendo 2 <input type="checkbox"/>	No tienen el servicio 4 <input type="checkbox"/> Pase a 111
109	¿Cuánto pagaron EL MES PASADO o la última vez por el servicio de acueducto?	\$ __ __ __ __ __ __
110	¿A cuántos meses corresponde ese pago?	__ __

*111	El agua para preparar los alimentos la obtienen principalmente de:			
	Acueducto público	1 <input type="checkbox"/>	Río, quebrada, manantial, nacimiento	6 <input type="checkbox"/>
	Acueducto comunal o veredal	2 <input type="checkbox"/>	Pila pública	7 <input type="checkbox"/>
	Pozo con bomba	3 <input type="checkbox"/>	Carrotanque	8 <input type="checkbox"/>
	Pozo sin bomba, jagüey	4 <input type="checkbox"/>	Aguatero	9 <input type="checkbox"/>
	Agua lluvia	5 <input type="checkbox"/>	Agua embotellada o en bolsa	10 <input type="checkbox"/>
112	¿El agua llega al hogar todos los siete días de la semana?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
&113	El agua para beber principalmente:			
	La usan tal como la obtienen	1 <input type="checkbox"/>	Utilizan filtros	4 <input type="checkbox"/>
	La hierven	2 <input type="checkbox"/>	La decantan o usan filtros naturales	5 <input type="checkbox"/>
	Le echan cloro	3 <input type="checkbox"/>	Compran agua embotellada o en bolsa	6 <input type="checkbox"/>

114	¿La vivienda cuenta con servicio de Alcantarillado?		Si 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 118
*115	¿Pagan en este hogar por servicio de alcantarillado?				
	Sí	1 <input type="checkbox"/>	No pagan pero tiene el servicio	3 <input type="checkbox"/>	Pase a 118
	Sí, con el arriendo	2 <input type="checkbox"/>	No tienen el servicio	4 <input type="checkbox"/>	Pase a 118
116	¿Cuánto pagaron el MES PASADO o la última vez por el servicio de alcantarillado?		\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
117	¿A cuántos meses corresponde ese pago?		_ _		

*118	¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta este hogar?			
	Inodoro conectado a alcantarillado	1 <input type="checkbox"/>	Letrina	4 <input type="checkbox"/>
	Inodoro conectado a pozo séptico	2 <input type="checkbox"/>	Bajamar	5 <input type="checkbox"/>
	Inodoro sin conexión	3 <input type="checkbox"/>	No tiene servicio sanitario	6 <input type="checkbox"/>

119	¿La vivienda cuenta con servicio de Recolección de basuras?		Si 1 <input type="checkbox"/>	Veces por semana _	No 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 123
120	¿Pagan en este hogar por servicio de recolección de basura?					
	Sí	1 <input type="checkbox"/>	No pagan	3 <input type="checkbox"/>	Pase a 123	
	Sí, con el arriendo	2 <input type="checkbox"/>				
121	¿Cuánto pagaron el MES PASADO o la última vez por servicio de recolección de basura?		\$ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
122	¿A cuántos meses corresponde ese pago?		_ _			

*123	¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?			
	La recogen los servicios de aseo	1 <input type="checkbox"/>	La queman	4 <input type="checkbox"/>
	La tiran a un río, quebrada, caño o laguna	2 <input type="checkbox"/>	La entierran	5 <input type="checkbox"/>
	La tiran al patio, lote o zanja o baldío	3 <input type="checkbox"/>	La recoge un servicio informal (zorra, carreta, et)	6 <input type="checkbox"/>
124	¿Cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda?		_ _ grupos (hogares)	
125	Incluyendo sala y comedor, ¿de cuántos cuartos o piezas dispone este hogar de manera exclusiva? (excluir cocina, baños, garajes y cuartos dedicados a negocios)		_ _ cuartos o piezas	
* 126	¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas de este hogar?		_ _ cuartos o piezas	
&127	¿En dónde preparan los alimentos las personas de este hogar?			
	En un cuarto usado sólo para cocinar	1 <input type="checkbox"/>	En un patio, corredor, enramada, al aire libre	4 <input type="checkbox"/>
	En un cuarto usado también para dormir	2 <input type="checkbox"/>	En ninguna parte (no preparan alimentos)	5 <input type="checkbox"/>
	En una sala-comedor	3 <input type="checkbox"/>		
&128	¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?			
	Electricidad	1 <input type="checkbox"/>	Carbón mineral	5 <input type="checkbox"/>
	Gas natural conectado a red pública	2 <input type="checkbox"/>	Leña, madera o carbón de leña	6 <input type="checkbox"/>
	Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol	3 <input type="checkbox"/>	Material de desecho	7 <input type="checkbox"/>
	Gas propano (en cilindro o pipeta)	4 <input type="checkbox"/>	No prepara alimentos	8 <input type="checkbox"/>
&129	¿Cómo se siente en el pueblo o vereda donde vive?		Seguro 1 <input type="checkbox"/>	Inseguro 2 <input type="checkbox"/>
&130	¿Usted o algunos de los miembros del hogar, ha sido víctima de hechos violentos durante los últimos 12 meses? ESPERAR RESPUESTA			
	Homicidio	1 <input type="checkbox"/>	Minas antipersonal	1 <input type="checkbox"/>
	Desaparición forzada	1 <input type="checkbox"/>	Tortura	1 <input type="checkbox"/>
	Amenazas	1 <input type="checkbox"/>	Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	1 <input type="checkbox"/>
	Despojo y/o abandono forzado de bienes muebles e inmuebles	1 <input type="checkbox"/>	Delitos contra la libertad y la integridad sexual	1 <input type="checkbox"/>
	Secuestro	1 <input type="checkbox"/>	Otro, Cuál?	1 <input type="checkbox"/>
	Actos terroristas, atentados, combates, enfrentamientos, hostigamientos y otros	1 <input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores?	2 <input type="checkbox"/>

II. GASTOS EN ALIMENTOS

	& 201. El mes pasado ¿en este hogar adquirieron ____ los siguientes alimentos?			& 202. ¿De dónde lo obtuvieron principalmente? 1. Finca huerta, negocio del hogar, mar río., 2. Pago en especie 3. Regalo o donación. 4. Intercambio o trueque 5. Lo compro con dinero					& 203. ¿Por qué no compraron ni obtuvieron El último mes? 1. No tuvieron los recursos necesarios para obtenerlo o comprarlo. 2. No hace parte de los alimentos que habitualmente consumen 3. No fue necesario pues contaban con provisiones 4. Otra razón						
		No	Si	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
201	a. Pan, arepas, bollos, almojábanas	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	b. Leche y derivados	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	c. Huevos	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	d. Carne de res, cerdo o cordero, hueso y vísceras (Incluye enlatados)	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	e. Carne de gallina y pollo (Incluye carnes frías)	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	f. Pescado (incluye enlatados)	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	g. Papa común, papa criolla, yuca, arracacha, ñame	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	h. Arroz, pastas, avena, cuhuco, harinas, corn flakes, y otros cereales	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	i. Frijol seco, arveja seca, lentejas, garbanzos y otros granos	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	j. Plátano verde o maduro	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	k. Arveja verde, fríjol verde, habichuela, zanahoria, tomate, lechuga, pepino, cebolla larga y cabezona y otras verduras	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	l. Aceites, manteca, margarina y otras grasas	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	m. Azúcar, sal, condimentos y salsas	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	n. Panela, café, chocolate, té	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
	o. Galletas de sal y dulce	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓
p. Maíz blanco, amarillo, trillado, peto, porva, pira, millo	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	
q. Caldo y consomés concentrados (cubos y polvo)	2 <input type="checkbox"/> → a 203	1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	↓	

PASE A 204

PASE A 204

&204		¿Qué tan satisfecho se siente con la alimentación de los miembros de su hogar?	
	Muy satisfecho	1 <input type="checkbox"/>	Insatisfecho 3 <input type="checkbox"/>
	Satisfecho	2 <input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho 4 <input type="checkbox"/>

III. INFORMACIÓN DE TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR

300	Total de personas en el hogar			
-----	-------------------------------	--	--	--

301	302		303	* 304	305	306	307	308	309	310	311
No. de orden	a. Nombres	b. Apellidos	Sexo	Fecha de nacimiento	Edad en años cumplidos	Tipo de documento de identidad	¿Cuál es el número de su documento de identidad?	¿Cuál es el parentesco de _____ con el jefe del hogar?	¿.... Sabe leer y escribir?	¿... actualmente asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad?	¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado por _____?
			1. Hombre 2. Mujer		Entrevistador(a): Para menores de 1 año registre 00	1. Cédula de ciudadanía o contraseña 2. Libreta Militar 3. Tarjeta de Identidad 4. Registro Civil 5. Cédula de Extranjería 6. No tiene → Pase a 308		1. Jefe (a) del hogar 2. Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) 3. Hijo(a) Hijastro(a) 4. Nieto (a) 5. Padre, madre, Padrastro, madrastra 6. Suegro o suegra 7. Hermano (a), hermanastro (a) 8. Yerno, nuera 9. Otro pariente del jefe(a) 10. Empleado(a) del servicio doméstico 11. Parientes del servicio doméstico 12. Trabajador 13. Pensionista 14. Otro no pariente	Revise pregunta 305 (Personas menores de 5 años pase a 314, para 5 años y mas continúe)		1. Ninguno (0) → 314 2. Preescolar (1 - 3) 3. Primaria (1 a 5) 4. Secundaria (6 a 13) 5. Técnico o tecnológica 6. Universitaria 7. Posgrado 8. No sabe → 314 9. no responde → 314
1			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 → Pase a 308		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	<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 9 <input type="checkbox"/>
2			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 → Pase a 308		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	<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 9 <input type="checkbox"/>
3			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 → Pase a 308		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	<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 9 <input type="checkbox"/>
4			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 → Pase a 308		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	<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 9 <input type="checkbox"/>
5			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 → Pase a 308		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	<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 9 <input type="checkbox"/>
6			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 → Pase a 308		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	<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 9 <input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Día: <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 → Pase a 308		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	<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 9 <input type="checkbox"/>

301	312	313	314	315	*316	317	*318
No. de orden	Último grado o año aprobado en ese nivel	¿Recibe _____ en el plantel educativo alimentos (desayunos, medias nueves, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico?	De acuerdo con su CULTURA, PUEBLO, LENGUA o RASGOS FÍSICOS... es o se reconoce como: 1. Indígena? 2. ROM? → 316 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia? → 316 4. Palenquero de San Basilio? → 316 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente? → 316 6. Ninguna de las anteriores? → 316	¿A cuál PUEBLO INDÍGENA pertenece?	¿... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud - EPS (a través del Sisben)	¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado: 1. Contributivo 2. Especial 3. Subsidiado 4. No sabe / No informa	En los últimos 30 días,... ¿tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado ni hospitalización ni urgencia?
1	____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No Aplica 3 <input type="checkbox"/>	____	_____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 318	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 320
2	____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No Aplica 3 <input type="checkbox"/>	____	_____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 318	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 320
3	____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No Aplica 3 <input type="checkbox"/>	____	_____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 318	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 320
4	____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No Aplica 3 <input type="checkbox"/>	____	_____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 318	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 320
5	____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No Aplica 3 <input type="checkbox"/>	____	_____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 318	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 320
6	____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No Aplica 3 <input type="checkbox"/>	____	_____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 318	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 320
7	____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No Aplica 3 <input type="checkbox"/>	____	_____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 318	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 320

301	* 319	320	321	322	323	324	325
No. de orden	Para tratar ese problema de salud ¿que hizo principalmente? (Espere respuesta) 1.Acudió a una institución prestadora de servicios de salud 2.Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, o profesional de la salud independiente (de forma particular) 3.Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista 4.Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona 5.Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata et) 6.Uso remedios caseros 7.Se auto receto 8.Nada	¿Hace cuanto que _____ vive en este municipio? 1. Más de 10 Años. 2. Menos de 10 Años. 3. Siempre ha vivido en este municipio → 324	Antes de venir a este municipio _____ vivía en: 1. Otro país. 2. Otro municipio	_____ vivía en: 1. El centro urbano donde está la alcaldía. 2. Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda, o campo.	¿Cuál fue la razón principal para cambiar la residencia al municipio actual? 1.Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia 2. Riesgo de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc. 3. Desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) 4.Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia 5.Necesidad de educación 6.Porque se casó o formó pareja 7.Motivos de salud 8.Mejorar la vivienda o localización 9.Mejores oportunidades laborales o de negocio 10.Otra, cual? _____	¿Se encuentra inscrito en el Registro Único de población Desplazada - RUPD?	Entrevistador revise preguntas 304 y 305
1	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 324	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	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"/> 10 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Menor de 5 años 1 <input type="checkbox"/> Continúe Entre 5 y 9 años 2 <input type="checkbox"/> → Termine 10 años o mas 3 <input type="checkbox"/> → Modulo II
2	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 324	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	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"/> 10 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Menor de 5 años 1 <input type="checkbox"/> Continúe Entre 5 y 9 años 2 <input type="checkbox"/> → Termine 10 años o mas 3 <input type="checkbox"/> → Modulo II
3	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 324	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	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"/> 10 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Menor de 5 años 1 <input type="checkbox"/> Continúe Entre 5 y 9 años 2 <input type="checkbox"/> → Termine 10 años o mas 3 <input type="checkbox"/> → Modulo II
4	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 324	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	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"/> 10 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Menor de 5 años 1 <input type="checkbox"/> Continúe Entre 5 y 9 años 2 <input type="checkbox"/> → Termine 10 años o mas 3 <input type="checkbox"/> → Modulo II
5	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 324	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	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"/> 10 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Menor de 5 años 1 <input type="checkbox"/> Continúe Entre 5 y 9 años 2 <input type="checkbox"/> → Termine 10 años o mas 3 <input type="checkbox"/> → Modulo II
6	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 324	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	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"/> 10 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Menor de 5 años 1 <input type="checkbox"/> Continúe Entre 5 y 9 años 2 <input type="checkbox"/> → Termine 10 años o mas 3 <input type="checkbox"/> → Modulo II
7	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> → 324	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	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"/> 10 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Menor de 5 años 1 <input type="checkbox"/> Continúe Entre 5 y 9 años 2 <input type="checkbox"/> → Termine 10 años o mas 3 <input type="checkbox"/> → Modulo II

301	326	327	328	329	330	331
No. de orden	<p>¿Dónde o con quién permanece _____ durante la mayor parte del tiempo entre semana?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con su padre o madre en la casa 2. Con su padre o madre en el trabajo 3. Al cuidado de un pariente de 18 años o más 4. Al cuidado de un pariente menor de 18 años 5. Al cuidado de una empleada o niñera 6. En casa únicamente con personas menores que él 7. En casa, solo 8. Asiste a un hogar comunitario, guardería ó jardín → 328 	<p>¿Cuál es la razón principal por la que _____ no asiste a una guardería, hogar comunitario o jardín?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No hay una institución cercana → 329 2. Es muy costoso → 329 3. No encontró cupo → 329 4. Prefiere el cuidado de un familiar en casa → 329 5. Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido → 329 	<p>¿A qué tipo de hogar comunitario, guardería o jardín asiste?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar comunitario de Bienestar Familiar 2. Guardería hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar 3. Otra guardería ó jardín oficial 4. Guardería o jardín privado 5. Asiste a escuela primaria. 	<p>¿Recibe o toma Almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?</p>	<p>¿Llevan a _____ a control de crecimiento y desarrollo?</p>	<p>Cuántas veces lo llevaron durante los ÚLTIMOS 12 MESES</p>
1	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> TERMINE	_ _ _
2	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> TERMINE	_ _ _
3	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> TERMINE	_ _ _
4	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> TERMINE	_ _ _
5	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> TERMINE	_ _ _
6	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> TERMINE	_ _ _
7	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"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> TERMINE	_ _ _