



REPUBLICA DE EL SALVADOR  
MINISTERIO DE ECONOMÍA



ENCUESTA DE HOGARES DE  
PROPOSITOS MULTIPLES 2014

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS  
LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTA ENCUESTA SON CONFIDENCIALES,  
ESTÁ AMPARADA POR EL DECRETO LEGISLATIVO No. 1784  
LEY ORGÁNICA DEL SERVICIO ESTADÍSTICO NACIONAL

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

ENTREVISTA Y SUPERVISIÓN

ORDEN DE LA VISITA	ENCUESTADOR(A)					VERIFICACIÓN Y REENTREVISTA DEL SUPERVISOR(A)		
	FECHA	PRÓXIMA VISITA		CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA (*)	FECHA	CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA (*)
		FECHA	HORA					
Primera								
Segunda								
Tercera								
Cuarta								

RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA

Fecha	
Resultado	

(*) CÓDIGOS DE RESULTADO DE LA VISITA		
TIPO A	TIPO B	TIPO C
1. COMPLETA	5. DESOCUPADA	7. OTROS _____
2. AUSENTE TEMPORAL (P)	6. VACANTE USADA TEMPORALMENTE PARA NEGOCIO O ALMACENAJE	_____ (Especifique)
3. REHUSO		
4. OTROS		

CÓDIGO DEL ENCUESTADOR(A):

CÓDIGO DEL SUPERVISOR(A):

NÚMERO DE ORDEN DEL PRINCIPAL INFORMANTE

BOLETA ANEXA

1. Si 2. No

**SECCIÓN 0: NÚMERO DE MIEMBROS FUERA DEL HOGAR**

**1. ¿ALGUNO(AS) DE LOS(AS) MIEMBROS DEL HOGAR SE ENCUENTRA RESIDIENDO ACTUALMENTE EN EL EXTRANJERO (POR TRABAJO PERMANENTE O BECADO(A) SIN GASTO PARA EL HOGAR, POR MAS DE 3 MESES)?**

Sí ..... 1 No ..... 2 → Pase a 2

¿Cuántos(as)?

TOTAL	HOMBRES	MUJERES

**2 ¿TIENE EN EL HOGAR PUILOS(AS)?**

Sí ..... 1 No ..... 2 → Pase a 3

¿Cuántos(as)?

TOTAL	HOMBRES	MUJERES

**3. ¿HA REALIZADO USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU HOGAR ALGÚN VIAJE (DESPLAZAMIENTO FUERA DE SU ENTORNO HABITUAL) INCLUYENDO TODOS LOS VIAJES EN EL SALVADOR Y EN EL EXTRANJERO CON FINES DE OCIO O NEGOCIO (DISTINTOS AL DE EMPLEARSE EN DESTINO) INCLUIDAS EXCURSIONES Y VIAJES A SEGUNDA RESIDENCIA DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES?**

Sí ..... 1 No ..... 2 → Pase a 6

	CON PERNOCTACIÓN	DE UN DÍA
<b>4. DE LOS VIAJES ANTERIORMENTE MENCIONADOS, ¿CUÁNTOS REALIZÓ CON PERNOCTACIÓN Y CUÁNTOS NO (VIAJES DE EXCURSIÓN)?</b>		
<b>5. ¿CUÁNTO FUE EL GASTO POR LOS VIAJES CON PERNOCTACIÓN Y DE UN DÍA?</b>	\$	

**6. ¿EXISTE EN ESTE HOGAR ALGÚN NIÑO O NIÑA MENOR DE 18 AÑOS QUE SU PADRE O MADRE NO VIVA(N) EN ESTE HOGAR?**

Sí ..... 1 No ..... 2 → Pase a 7

No ORDEN Anote el código de la TRH que aplique	MUERTE	MIGRACIÓN	ABANDONO	OTROS Especifique
	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	1. No 2. Padre 3. Madre 4. Ambos	

**7. SI AL ADQUIRIR UN BIEN O SERVICIO, NO CUMPLEN CON LO ESTIPULADO EN EL CONTRATO, ¿INTERPONDRÍA UNA DENUNCIA EN LA DEFENSORÍA DEL CONSUMIDOR?**

1. Sí  
2. No  
3. NS / NR  → Si es código 1 ó 3 pase a pregunta 9

**8. ¿POR QUÉ NO INTERPONDRÍA LA DENUNCIA?**

**9. ANTE UN ALZA DE PRECIOS EN LA CANASTA BÁSICA ¿INTERPONDRÍA LA DENUNCIA ANTE DEFENSORÍA DEL CONSUMIDOR?**

1. Sí  
2. No  
3. NS / NR  → Si es 1 ó 3 Finalice Sección

**10. ¿POR QUÉ NO INTERPONDRÍA LA DENUNCIA?**

**NOTA: LOS(AS) MIEMBROS DEL HOGAR QUE SEAN ANOTADOS EN LAS PREGUNTAS 1 Y 2, NO SE REGISTRARÁN EN LA SECCIÓN 1: "CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS".**

**OBSERVACIONES:**

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS										
101	102	103	104	105		106	107	108 A	108	109
¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE RESIDEN EN ESTA VIVIENDA?	¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO TIENE (...) CON EL(LA) JEFE(A) DEL	¿EL SEXO DE (...) ES ?	¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (...)?		¿QUÉ EDAD TIENE (...) EN AÑOS CUMPLIDOS?	¿CUAL ES EL ESTADO FAMILIAR DE (...)?	¿TIENE (...) ALGUN SEGURO MÉDICO?	¿DURANTE EL MES ANTERIOR (...) TUVO?	N° DE ORDEN	
(No olvide registrar a los(as) miembros ausentes temporales por un periodo menor de 4 meses, recién nacidos(as) y domésticas puestas adentro, estudiantes en el extranjero y/o enfermos(as) financiados por el hogar)	01. Jefe(a) 02. Esposa(o), compañera(o) 03. Hijo(a) 04. Padre/Madre 05. Hermano (a) 06. Yerno / nuera 07. Nieto(a) 08. Suegro(a) 09. Otros familiares 10. Empleado(o) doméstico(a) 11. Otros _____ (Especifique)	1. Hombre 2. Mujer	MES	AÑO	(Añote 00 para los menores de 1 año)	1. Acompañado(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a) 6. Soltero(a)	1. ISSS cotizante 2. ISSS beneficiario(a) 3. ISSS retirado(a) 4. Bienestar Magisterial 5. IPSFA 6. Colectivo 7. Individual (Privado) 8. No tiene 9. Otros _____ (Especifique)	1. Algún Síntoma 2. Alguna enfermedad 3. Lesión por Accidente 4. Lesión por hecho violento 5. No tuvo		
	01								01	
									02	
									03	
									04	
									05	
									06	
									07	
									08	
									09	
									10	
									11	
									12	
									13	
									14	
									15	
									16	
									17	
									18	
									19	
Haga un círculo sobre el No. de orden de personas con códigos de 1 a 4 en pregunta 108										
OBSERVACIONES:										

[illegible]

[illegible]









SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA									
<b>301. TIPO DE VIVIENDA:</b> 1. Casa privada o independiente 2. Apartamento 3. Condominio → Preguntar No. de pisos 4. Pieza en una casa 5. Pieza en un mesón 6. Casa improvisada 7. Rancho 8. Temporal 9. Otro tipo de vivienda _____ (Especifique)			No. de pisos 1. Si 2. No		<b>308. ¿CUÁL ES LA FORMA DE TENENCIA DE ESTA VIVIENDA?</b> 1. Inquilino (a) → Pase a 311 2. Propietario(a) de la vivienda pero la está pagando a plazos → Pase a 310 B N° de orden <input type="text"/> 3. Propietario(a) N° de orden <input type="text"/> 4. Propietario(a) de la vivienda en terreno público 5. Propietario(a) de la vivienda en terreno privado 6. Colono(a) 7. Guardián de la vivienda 8. Ocupante gratuito 9. Otros _____ (Especifique)			\$ CUOTA MENSUAL	
<b>302. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL TECHO ES:</b> <b>TECHO EXTERNO</b> 1. ¿Losa de concreto? (No aplica código 6) 2. ¿Teja de barro o cemento? 3. ¿Lámina de asbesto o fibra cemento? 4. ¿Lámina metálica? 5. ¿Paja o palma? 6. ¿Materiales de desecho? (No aplica código 6) 7. ¿Otros materiales? _____ 8. ¿Cielo falso? _____ (Especifique)			Buen Estado 1. Si 2. No		<b>309. ¿PAGA CON ALGÚN BIEN O SERVICIO EL USO DE LA VIVIENDA?</b> 1. Si 2. No → Pase a 310A				
<b>TECHO INTERNO</b> 1. Si 2. No			<b>310. ¿QUÉ VALOR EN DINERO TENDRÍAN ESTOS BIENES O SERVICIOS EL MES PASADO?</b> Pase a 311			\$			
<b>303. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES ES:</b> 1. ¿Concreto o mixto? 2. ¿Bahareque? 3. ¿Adobe? 4. ¿Madera? 5. ¿Lámina metálica? 6. ¿Paja o palma? 7. ¿Materiales de desecho? (No aplica código 7) 8. ¿Otros materiales? _____ (Especifique)			Material en Buen Estado 1. Si 2. No		<b>310 A. SI TUVIERA QUE ALQUILAR ESTA VIVIENDA ¿CUÁNTO CREE QUE PAGARÍA POR MES?</b> Pase a 311 si respondió en pregunta 309 código 2			\$	
			<b>310 B. ¿ESTÁ EL TERRENO INSCRITO EN EL CENTRO NACIONAL DE REGISTRO A NOMBRE DE ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR?</b> 1. Sí 2. No 3. Esta en trámite 4. No sabe ¿A NOMBRE DE QUIÉN ESTA INSCRITO? (IDENTIFICAR MIEMBRO DEL HOGAR)			No. de orden			
			<b>311. ¿QUÉ TIPO DE ALUMBRADO POSEE ESTA VIVIENDA?</b> 1. Electricidad 2. Conexión eléctrica del vecino(a) 3. Kerosene (gas) 4. Candela 5. Panel solar 6. Generador eléctrico 7. Otra clase _____ (Especifique)			Horas Minutos			
			Si responde 1 ó 2, cuantas horas al día no recibe el servicio.....						
<b>304. EL MATERIAL PREDOMINANTE EN EL PISO ES:</b> 1. ¿Ladrillo cerámico? 2. ¿Ladrillo de cemento? 3. ¿Ladrillo de barro? 4. ¿Cemento? 4.1 Rústico 4.2 Pulido 5. ¿Tierra? 5.1 Suelta 5.2 Compactada 6. ¿Otros materiales? _____ (Especifique)			Detalle		<b>312. ¿TIENE ESTA VIVIENDA SERVICIO DE AGUA POR CAÑERÍA?</b> 01. ¿Dentro de la vivienda con abastecimiento público? (ANDA) 02. ¿Dentro de la vivienda con otro tipo de abastecimiento? 03. ¿Fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad con abastecimiento público? (ANDA) 04. ¿Fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad con otro tipo de abastecimiento? 04. 1 Tubería por poliducto (buen estado) 05. No tiene 06. Tiene pero no le cae (por más de un mes) Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana ¿Cuántos días le cayó agua?..... Si responde 1, 2, 3, 4 ó 4.1 preguntar en la última semana ¿Cuántas horas al día le cayó agua? .....			Pase a 315	
<b>305. SIN CONTAR BAÑOS, COCINA, PASILLO NI COCHERA ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON DE USO EXCLUSIVO DEL HOGAR?</b>					<b>313. ¿CÓMO SE ABASTECE DE AGUA ESTA VIVIENDA?</b> 01. Cañería del vecino(a) 02. Pila, chorro público o cantarera 03. Camión carreta o pipa 04. Pozo con tubería privado 04.1 Pozo con tubería público 05. Pozo protegido privado 05.1 Pozo protegido público 06. Pozo no protegido privado 06.1 Pozo no protegido público 07. Ojo de agua, río o quebrada 08. Manantial protegido 09. Manantial no protegido 10. Colecta agua lluvia 11. Acarreo de cañería del vecino(a) 12. Chorro común 13. Otros medios _____ (Especifique)				
<b>306. ¿CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE COMO DORMITORIOS?</b>					<b>314. ¿QUIÉN ACARREA AGUA PARA USO DOMESTICO EN SU HOGAR?</b> (si no es miembro del hogar quien acarrea el agua, anote 99) Si es 00 pase a 315 ¿CUÁNTO TIEMPO OCUPA EN UN DIA PARA ACARREAR EL AGUA? ¿CUÁNTO PAGA SEMANALMENTE POR EL ACARREO DE AGUA? \$ ¿CUÁNTOS DIAS A LA SEMANA ACARREAN AGUA?			No. de orden Horas Minutos Dólares Céntavos	
<b>307. CUÁNTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE PARA TRABAJAR O PARA NEGOCIO?</b> (No lo utilizan o lo comparten anotar 00)									

**SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA**

<b>315. ¿LE HACE ALGUN TRATAMIENTO AL AGUA QUE BEBEN?</b> 1. Sí 2. No 3. Compra agua envasada		<b>321. ¿COMPARTE ESTE HOGAR EL SERVICIO SANITARIO QUE UTILIZA, CON OTROS HOGARES?</b> 1. Sí 2. No	
Pase a 317		Pase a 322	
<b>316. ¿QUÉ TRATAMIENTO LE DAN AL AGUA QUE BEBEN?</b> 1. La hierven antes de usarla 2. Utilizan filtro de agua 3. La tratan con algún producto (lejía, cloro, puriagua) 4. Desinfección solar 5. La filtra con una tela 6. La deja asentar 7. Otros		<b>¿CUÁNTOS HOGARES COMPARTEN EL SERVICIO SANITARIO?</b>	
(Especifique)		<b>322. ¿HAY ALGÚN MIEMBRO DE ESTE HOGAR QUE POR ALGUNA RAZÓN NO UTILIZA EL SERVICIO SANITARIO?</b> 1. Sí 2. No	
Pase a 325		<b>323. POR QUÉ RAZÓN NO LO UTILIZA?</b> 1. Es menor de 5 años 2. Por enfermedad 3. Por discapacidad 4. Por que no le gusta usarlo 5. Por falta de agua 6. Se terminó la vida útil de la letrina 7. Se encuentra dañada la infraestructura 8. Muy incómodo 9. Se utiliza para otro fines 10. Por el mal olor 11. Otros	a b c
<b>317. EL SERVICIO DE BAÑO LO SATISFACE POR:</b> 1. Regadera o pila dentro de la vivienda 2. Regadera o pila fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad 3. Regadera o pila de baño común 4. Río, quebrada u ojo de agua 5. Barril o pila al aire libre 6. Otros medios		<b>324. ¿QUÉ HACEN CON LAS EXCRETAS?</b> 1. La depositan en servicio sanitario 2. Se depositan en un pozo o resumidero 3. Se depositan en una quebrada o río 4. Va a la calle o al aire libre 5. Otros	a b c
(Especifique)		(Especifique)	
<b>317 A. ¿TIENE SERVICIO SANITARIO ESTA VIVIENDA?</b> 1. Si, dentro de la vivienda 2. Si, fuera de la vivienda 3. Si tiene pero no lo utiliza 4. No tiene		<b>325. ¿CÓMO SE DESHACEN EN LA VIVIENDA DE LAS AGUAS RESIDUALES (GRISES):</b> 1. Alcantarillado 2. Pozo o resumidero 3. Fosa séptica 4. Quebrada o río 5. A la calle o al aire libre 6. Otros	
Pase a 319		(Especifique)	
<b>318. ¿CUENTA CON ACCESO A SERVICIO SANITARIO?</b> 1. Si, de familiar o amigo(a) 2. No tiene		<b>325A. ¿QUÉ BENEFICIOS RECIBE EL HOGAR DE PARTE DEL GOBIERNO?</b> 1. Subsidio de Gas 2. Subsidio Energía Eléctrica 3. Bonos Comunidades Solidarias Rurales 4. Bonos Comunidades Solidarias Urbanas 5. Pensión Básica Universal 6. Subsidio de Agua 7. Otros	1. Si 2. No 3. NR ó NS
Pase a 324		(Especifique)	
<b>319. EL SERVICIO SANITARIO AL QUE TIENE ACCESO ESTA VIVIENDA ES DE:</b> 1. ¿Inodoro a alcantarillado? 2. ¿Inodoro a fosa séptica? 3. ¿Inodoro común a alcantarillado? 4. ¿Inodoro común a fosa séptica? 5. ¿Letrina privada? 6. ¿Letrina común? 7. ¿Letrina abonera privada? 8. ¿Letrina abonera común? 9. ¿Letrina solar privada? 10. ¿Letrina solar común?		Pase a 321	1 2 3 4 5 6 7 8
Pase a 321		(Especifique)	
<b>320. ¿EL TIPO DE LETRINA QUE UTILIZA ES?</b> 1. Letrina de hoyo o pozo con plataforma 2. Letrina de hoyo o pozo con plataforma para sentarse		(Especifique)	

SECCIÓN 3: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA VIVIENDA										
<b>326. ¿QUÉ COMBUSTIBLE UTILIZAN PREDOMINANTEMENTE PARA COCINAR?</b> 1. Electricidad 2. Kerosene (gas) 3. Gas propano 4. Leña 5. Carbón 6. Ninguno 7. Otros _____ (Especifique)							<b>330. EQUIPAMIENTO DEL HOGAR</b>		1. Sí 2. No	¿Cuántos?
<b>327. ¿TIENE USTED EMPLEADAS(OS) DOMÉSTICAS(OS)?</b> 1. Sí 2. No  <b>¿CUÁNTO LE(S) PAGA MENSUALMENTE ?</b> \$							01. ¿Radio? ..... 01 02. ¿Equipo de sonido? ..... 02 03. ¿T.V.? ..... 03 04. ¿Video casetera o DVD? ..... 04 05. ¿Refrigeradora? ..... 05 06. ¿Lavadora? ..... 06 07. ¿Licuadora? ..... 07 08. ¿Ventilador? ..... 08 09. ¿Computadora? ..... 09 10. ¿Secadora de ropa? ..... 10 11. ¿Máquina de coser? ..... 11 12. ¿Vehículo (uso del hogar)?..... 12 13. ¿Plancha?(ropa) ..... 13 14. ¿Horno microonda? ..... 14 15. ¿Videojuegos (Nintendo)?..... 15 16. ¿Generador de electricidad? ..... 16 17. ¿ Aire Acondicionado? ..... 17 18. ¿ Tanque o cisterna?..... 18 19. ¿Motocicleta?..... 19			
<b>328. ¿TIENE USTED EN USO?</b> 1. Teléfono Fijo 2. Teléfono Celular 3. Internet 3.1 Internet Móvil 4. Cable 5. Cable del vecino			1.Sí	2.No	¿Cuántos?					
<b>328.A. ¿RECICLA USTED LA BASURA?</b> 1. Sí 2. No      → <b>Pase a 329</b>										
<b>328. B. ¿QUE TIPO DE MATERIAL ES EL QUE RECICLA?</b> 1. Cartón 2. Vidrio 3. Plástico 4. Papel 5. Latas 6. Otros (Especifique)_____			1. Sí	2. No						
<b>329. ¿CÓMO SE DESHACEN DE LA BASURA EN ESTE HOGAR? (QUE NO RECICLA)</b> 1. Recolección domiciliaria pública 2. Recolección domiciliaria privada 3. La depositan en contenedores 4. La entierran 5. La queman 6. La depositan en cualquier lugar 7. Otros _____ (Especifique)										
<b>331. EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL EN..... FUE:</b>										
	¿PAGADO O COMPRADO?	¿DONADO O REGALADO?	¿AUTOCONSUMO, AUTOSUMINISTRO?	¿INCLUIDO EN EL ALQUILER?	¿NO GASTO?	¿NO SABE, NO RESPONDE?	¿CUÁNTO FUE EL ÚLTIMO GASTO MENSUAL?			
							Dólares	Centavos		
01. Agua.....	1	2		4	5	6				
01.1. Agua Envasada .....	1	2	3		5	6				
01.2. Agua (Otras fuentes)	1	2	3		5	6				
02. Electricidad.....	1	2		4	5	6				
03. Kerosén.....	1	2	3		5	6				
04. Gas propano.....	1	2	3		5	6				
05. Candela.....	1	2	3		5	6				
06. Leña.....	1	2	3		5	6				
07. Carga de batería.....	1	2			5	6				
08. Módem .....	1	2			5	6				
09. Teléfono fijo.....	1	2			5	6				
10. Celular .....	1	2			5	6				
11. Cable /Cable del vecino	1	2			5	6				
12. Internet (Hogar) . . .	1	2			5	6				
13. Cibercafé.....	1	2			5	6				
14. Impuestos Municip....	1	2			5	6				
15. Pago de Vigilancia....	1	2			5	6				
16. Recolecc. Basura.....	1	2			5	6				
17. Otros .....	1	2	3		5	6				
(Especifique)	TOTAL									

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO									
PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS									
401. N° DE ORDEN DE LA TRH		NOMBRE:		402. N° DE ORDEN DEL INFORMANTE					
<b>CONDICIÓN DE ACTIVIDAD</b>									
<b>403. LA SEMANA ANTERIOR ( ... ) ¿REALIZO ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA?</b> (Sin contar los quehaceres del hogar)  1. Sí → <b>Pase a 411</b> 2. No		<b>408. ¿QUÉ HIZO ( ... ) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?</b> 01. Estableció contacto con oficinas de empleo 02. Gestionó directamente con empleadores 03. Gestionó en lugar de trabajo, fincas, granjas, etc. 04. Gestionó valiéndose de amigos/as y familiares 05. Puso aviso o respondió ofertas aparecidas en periódicos 06. Buscó terreno, edificio, etc. para establecer su propia empresa o negocio 07. Gestionó para obtener recursos financieros y establecer su propia empresa o negocio 08. Otros _____ (Especifique) 09. No hizo nada → <b>Regrese a Prg. 407 y anote código 2</b>							
<b>404. LA SEMANA ANTERIOR ( ... ) REALIZO ALGUNA ACTIVIDAD PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE COMO:</b>  01. ¿Realizó labores en su terreno o cuidó sus animales? ..... 02. ¿Trabajó en algún negocio propio o de familiar? ..... 03. ¿Vendió algún producto, lotería, periódicos, etc.? ..... 04. ¿Cocinó, lavó ropa ajena u otros servicios a particulares? ... 05. ¿Elaboró tortillas? ..... 06. ¿Hizo comida típica para vender (pupusas, tamales, etc)?... 07. ¿Elaboró algún otro producto en casa para vender?..... 08. ¿Ayudó a algún familiar en su negocio o trabajó sin remuneración? ..... 09. ¿Realizó alguna otra actividad para obtener ingresos?..... 10. No realice ninguna actividad		<b>409. ¿POR QUÉ ( ... ) NO BUSCO TRABAJO?</b> 01. Creía que no había trabajo disponible en la zona 02. No sabía como buscar trabajo 03. Se cansó de buscar trabajo 04. Espera ciclo agrícola de Café 05. Espera ciclo agrícola de Caña 06. Espera ciclo agrícola de Algodón 07. Espera ciclo agrícola otros cultivos 08. Asiste a un centro de Educación Formal o está de vacaciones escolares 09. Por obligaciones familiares o personales 10. Enfermedad o accidente 11. Inhabilitado(a) por hecho violento 12. Quehaceres domésticos 13. Jubilado(a) o pensionado(a) 14. No puede trabajar (discapacitado(a), anciano(a), etc.) 15. Asiste a un centro de formación o capacitación 16. Otros _____ (Especifique) 17. Ya encontró trabajo } <b>Pase a 409. A.</b> 18. Espera respuesta del empleador(a) 19. Si buscó trabajo → <b>Regrese a 407 y anote código 1</b>							
<b>SI RESPONDE CODIGOS DEL 01 AL 09 REGRESE A 403 Y ANOTE CODIGO 1</b>		<b>405. A. AUNQUE YA ME DIJO QUE ( ... ) NO TRABAJO LA SEMANA ANTERIOR</b>  <b>¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ?</b> 1. Sí → <b>Pase a 406</b> 2. No							
<b>405. B. ¿TIENE ( ... ) ALGÚN NEGOCIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE PROXIMAMENTE VOLVERÁ?</b> 1. Sí → <b>Pase a 412</b> 2. No → <b>Pase a 407</b>		<b>409. A. SI DURANTE LA SEMANA ANTERIOR ( ... ) HUBIERA ENCONTRADO TRABAJO O CONSEGUIDO CLIENTES ¿HUBIERA ESTADO DISPUESTO(A) A TRABAJAR EN EL MISMO MOMENTO O MAS TARDAR EN 2 SEMANAS?</b> 1. Sí 2. No							
<b>406. ¿CUAL ES LA RAZON PRINCIPAL POR LA QUE ( ... ) NO TRABAJO LA SEMANA ANTERIOR?</b> 01. Vacaciones laborales 02. Incapacidad por enfermedad o accidente (con certificado médico cubierto por el ISSS) 03. Permisos o licencias (estudios, enfermedad y/o autorizados por la empresa) 03.1 Permiso o licencia por maternidad (pagada) 04. Huelgas o paro laboral 05. Cambio de turno 06. Suspensión laboral 07. Termino de temporada de trabajo 08. Falta de materia prima 09. Mal tiempo o fenómeno natural 10. Asuntos personales o familiares 11. Otro 12. No sabe <b>Si responde del 1 al 5, ¿Cuántas semanas al año dejó de trabajar?</b> <b>Si dejó de trabajar menos de 5 días, anotar número de días</b>		<b>410. ¿( ... ) HA TRABAJADO ANTES?</b> 1. Sí → <b>Pase a 436</b> 2. No → <b>Pase a 444</b>							
		<b>SI RESPONDIÓ ÍTEM DE 08 A 16 Y TIENE EDAD ENTRE 5 A 17 AÑOS PASE A PREGUNTA 410</b>							
		<b>OCUPADOS(AS)</b> <b>OCUPACIÓN PRINCIPAL</b>							
		<b>411. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA EFECTIVAMENTE ( ... ) LA SEMANA ANTERIOR?</b> <b>Jornada</b> A. De lunes a viernes 1. De 7 AM a 6 PM B. De sábado a domingo 2. De 6 PM a 7 AM 3. Mixta						Horas Días Jorn. A B	
		<b>SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 414</b>							
<b>406. A. ¿DURANTE ESE PERÍODO DE AUSENCIA ( ... ) RECIBE SUELDO, SALARIO O PAGA?</b> 1. Si → <b>Pase a 412</b> 2. No		<b>412. ¿CUÁNTAS HORAS, DÍAS Y EN QUÉ JORNADA TRABAJA ( ... ) HABITUALMENTE A LA SEMANA?</b> <b>Jornada</b> A. De lunes a viernes 1. De 7 AM a 6 PM B. De sábado a domingo 2. De 6 PM a 7 AM 3. Mixta						Horas Días Jorn. A B	
		<b>SI RESPONDIÓ 40 HORAS O MÁS PASE A 414</b>							
<b>406. B. ¿EN CUANTO TIEMPO ( ... ) REGRESARA A ESE MISMO TRABAJO?</b> 01. Ya se incorporó o regresará en esa misma semana 02. En cuatro semanas o menos 03. En más de 4 semanas 04. No hay seguridad de que regrese o cuando reinicie su actividad 05. No regresará 06. No sabe		<b>413. ¿POR QUÉ RAZÓN ( ... ) TRABAJA MENOS DE 40 HORAS?</b> 01. No desea trabajar más horas 02. Reducción de actividad o falta de trabajo 03. Sólo encontró trabajo a tiempo parcial 04. Jornada habitual de trabajo 05. Razones familiares 06. Tiene otro trabajo 07. Por estudios 08. Por enfermedad o accidente 09. Inhabilitado(a) por hecho violento 10. Por quehaceres domésticos 11. Otros _____ (Especifique)							
		<b>DESOCUPADOS</b>							
<b>407. EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES ( ... ) ¿ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO?</b>  1. Sí 2. No → <b>Pase a 409</b>		<b>414. ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN O TIPO DE TRABAJO QUE ( ... ) REALIZA?</b>  _____ _____							



SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESO																																																
<b>415. ¿CUÁLES SON LAS TAREAS O FUNCIONES QUE ( ... ) DESEMPEÑA?</b> <hr/> <hr/>					SOLO PARA CÓDIGO 6 O 7 EN PREGUNTA 418																																											
<b>416. ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL TRABAJA ( ... )?</b> <hr/> <hr/>					<b>425.A. ¿A PARTICIPADO EN ALGUN CURSO EN LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA QUE TRABAJA?</b> 1. Sí                      2. No                      3. No Sabe/No responde																																											
<b>NOMBRE DE LA EMPRESA (NO ANOTAR SIGLAS)</b> <hr/>					<b>425.B. ¿EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS, ¿LA EMPRESA/INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA HA LLEVADO A CABO UNA NEGOCIACIÓN COLECTIVA EN RELACIÓN CON LOS SALARIOS U OTRAS CONDICIONES DE TRABAJO?</b> 1. Sí                      2. No                      3. No Sabe/No responde																																											
<b>417. ¿EN SU EMPLEO ( ... ) TRABAJA?</b> 01. ¿Con herramientas peligrosas? (cortopunzantes, máquinas en movimiento, etc)..... <input checked="" type="checkbox"/> 01 02. ¿Con químicos? (pinturas, salas de belleza, pesticidas, etc)..... <input checked="" type="checkbox"/> 02 03. ¿Llevando cargas pesadas?..... <input checked="" type="checkbox"/> 03 04. ¿En ambiente con gases, fuego?..... <input checked="" type="checkbox"/> 04 05. ¿En ambiente con polvo, humo? ..... <input checked="" type="checkbox"/> 05 06. ¿Con explosivos? ..... <input checked="" type="checkbox"/> 06 07. ¿En alturas? ..... <input checked="" type="checkbox"/> 07 08. ¿Bajo el agua, en altamar o en manglares?..... <input checked="" type="checkbox"/> 08 09. ¿Bajo tierra? ..... <input checked="" type="checkbox"/> 09 10. ¿Con temperaturas o humedad extrema? ..... <input checked="" type="checkbox"/> 10 11. ¿En ambiente bullicioso?..... <input checked="" type="checkbox"/> 11 12. ¿Con luz insuficiente?..... <input checked="" type="checkbox"/> 12 13. ¿Mota u otras partículas?..... <input checked="" type="checkbox"/> 13 14. Otros (Especifique)..... <input checked="" type="checkbox"/> 14 15. Riesgo de accidentes graves..... <input checked="" type="checkbox"/> 15 16. Agresiones verbales o amenazas..... <input checked="" type="checkbox"/> 16			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		Pase a 432																																											
<b>418. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL ( ... ) TRABAJA EN CALIDAD DE:</b> 01. ¿Empleador/a o patrono/a?                      06. ¿Asalariado/a permanente? 02. ¿Cuenta propia con local?                      07. ¿Asalariado/a temporal? 03. ¿Cuenta propia sin local?                      08. ¿Aprendiz? 04. ¿Cooperativista?                      09. ¿Servicio doméstico? 05. ¿Familiar no remunerado?                      10. Otros _____ <div style="text-align: center;">(Especifique)</div>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		INGRESOS EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE																																											
<b>419. ¿HA FIRMADO ( ... ) CONTRATO DE TRABAJO?</b> 1. Si, Duración indefinida                      2. Si, Por un plazo fijo 3. Si, Contrato de prueba                      4. Si, para realizar un servicio 5. Si, Contrato para interinato                      6. Si, Otro tipo de contrato 7. No                      8. No sabe no responde Si la respuesta es Si, ¿Cuál es la duración de su contrato?.....			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>426. LA ACTIVIDAD QUE REALIZA ( ... ) LA EFECTÚA:</b> 1. ¿En el hogar entrevistado?                      6. ¿En puesto fijo en mercado? 2. ¿En otro lugar fijo?                      7. ¿En puesto fijo en vía pública? 3. ¿Se desplaza?                      8. ¿En un local comercial o industrial? 4. ¿En la calle como ambulante?                      9. ¿En el domicilio u oficina de clientes? 5. ¿En un medio de transporte?																																											
<b>420. ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA ( ... )?</b> 1. Privado    2. Público    3. Organismo internacional    4. Otros			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>426.A EN LA EMPRESA O NEGOCIO DONDE TRABAJA, ¿LLEVAN CONTABILIDAD?</b> 1. Si con registros completo    2. Solo de ingresos y gastos 3. No                      4. No Sabe/No responde																																											
<b>421. ADEMÁS DE (...) ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJAN EN LA EMPRESA, NEGOCIO O INSTITUCIÓN DECLARADA?</b> (Anotar la cantidad de personas)			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>426.B ¿EL NEGOCIO O EL LUGAR DONDE TRABAJA, ¿ESTA REGISTRADO EN LAS OFICINAS DE IMPUESTOS Y/O DE SEGURIDAD SOCIAL?</b> 1. Si    2. No    3. No Sabe/No responde																																											
<b>422. ¿( ... ) ES AFILIADO O ESTÁ CUBIERTO POR ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO?</b> 1. Sí, afiliado(a)    2. Sí, beneficiario(a)    3. No			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		SI ES PRODUCTOR(A) AGROPECUARIO YA SEA COMO PATRONO(A) O CUENTA PROPIA PASE A 431.A																																											
<b>423. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE SU SUELDO O SALARIO (... ) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA?</b> 1. Diaria    4. Mensual 2. Semanal    5. Por obra o destajo (promedio mensual) 3. Quincenal    6. No recibe salario en efectivo → Pase a 425, Si en pregunta 418 responde códigos 5 u 8			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>427. ¿CON QUÉ PERIODICIDAD RECIBE ( ... ) INGRESO POR LA VENTA DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS DE SU EMPRESA, ESTABLECIMIENTO O NEGOCIO?</b> 01. Diaria    06. Trimestral 02. Semanal    07. Semestral 03. Quincenal    08. Anual 04. Mensual    09. Por obra o destajo (promedio mensual) 05. Bimensual																																											
<b>424. ¿CUÁL ES EL SUELDO O SALARIO BRUTO QUE RECIBIÓ ( ... ) EN EL ÚLTIMO [PERIODO] POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>428. ¿CUÁL ES EL INGRESO BRUTO [PERIODO] DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE ( ... )?</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>429. ¿A CUÁNTO ASCENDIÓ EL COSTO TOTAL [PERIODO] DE LA EMPRESA O NEGOCIO DE ( ... )?</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>430. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES EN SU TRABAJO PRINCIPAL ( ... ) ¿UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?</b> 1. Sí    2. No → Pase a 431.A																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>431. ¿EN CUÁNTO ESTIMA UD. EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS POR ( ... ) PARA SU CONSUMO EN EL MES ANTERIOR?</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>431.A. ¿CUÁL ES EL TIPO DE PROPIEDAD DE LA EMPRESA/NEGOCIO DONDE TRABAJA?</b> 1. Propietario individual    2. Sociedad con miembros del mismo hogar 4. Sociedad de capita    3. Sociedad con miembros de dos mas hogares 5. Otros:																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		EMPLEO SECUNDARIO																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>432. ADEMÁS DE SU OCUPACIÓN PRINCIPAL ¿TIENE ( ... ) OTRO TRABAJO?</b> 1. Sí    2. No → Pase a 444																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>433. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJO ( ... ) LA SEMANA ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA?</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>434. ¿CUÁL FUE EL INGRESO NETO O SALARIO QUE RECIBIÓ ( ... ) EL MES ANTERIOR EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA?</b> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<b>435. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b> (Indique monto y periodicidad)																																											
<b>425. ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO ¿RECIBIÓ ( ... ) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES?</b>			1. Sí    2. No 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2 1      2		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">MONTO (\$)</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">VECES AL AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01. Pagos por horas extras..... <input checked="" type="checkbox"/> 01</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>02. Salario vacacional..... <input checked="" type="checkbox"/> 02</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>03. Aguinaldo..... <input checked="" type="checkbox"/> 03</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>04. Bonificaciones, comisiones, viáticos..... <input checked="" type="checkbox"/> 04</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>05. Alimentos o refrigerios..... <input checked="" type="checkbox"/> 05</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>06. Ropa, uniformes o calzado..... <input checked="" type="checkbox"/> 06</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>07. Mercaderías (en especie)..... <input checked="" type="checkbox"/> 07</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>08. Vivienda..... <input checked="" type="checkbox"/> 08</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>09. Transporte o combustible..... <input checked="" type="checkbox"/> 09</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. Seguro privado de salud..... <input checked="" type="checkbox"/> 10</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. Propinas..... <input checked="" type="checkbox"/> 11</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12. Otros..... <input checked="" type="checkbox"/> 12</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <div style="text-align: center;">(Especifique)</div>						MONTO (\$)	VECES AL AÑO	01. Pagos por horas extras..... <input checked="" type="checkbox"/> 01			02. Salario vacacional..... <input checked="" type="checkbox"/> 02			03. Aguinaldo..... <input checked="" type="checkbox"/> 03			04. Bonificaciones, comisiones, viáticos..... <input checked="" type="checkbox"/> 04			05. Alimentos o refrigerios..... <input checked="" type="checkbox"/> 05			06. Ropa, uniformes o calzado..... <input checked="" type="checkbox"/> 06			07. Mercaderías (en especie)..... <input checked="" type="checkbox"/> 07			08. Vivienda..... <input checked="" type="checkbox"/> 08			09. Transporte o combustible..... <input checked="" type="checkbox"/> 09			10. Seguro privado de salud..... <input checked="" type="checkbox"/> 10			11. Propinas..... <input checked="" type="checkbox"/> 11			12. Otros..... <input checked="" type="checkbox"/> 12		
	MONTO (\$)	VECES AL AÑO																																														
01. Pagos por horas extras..... <input checked="" type="checkbox"/> 01																																																
02. Salario vacacional..... <input checked="" type="checkbox"/> 02																																																
03. Aguinaldo..... <input checked="" type="checkbox"/> 03																																																
04. Bonificaciones, comisiones, viáticos..... <input checked="" type="checkbox"/> 04																																																
05. Alimentos o refrigerios..... <input checked="" type="checkbox"/> 05																																																
06. Ropa, uniformes o calzado..... <input checked="" type="checkbox"/> 06																																																
07. Mercaderías (en especie)..... <input checked="" type="checkbox"/> 07																																																
08. Vivienda..... <input checked="" type="checkbox"/> 08																																																
09. Transporte o combustible..... <input checked="" type="checkbox"/> 09																																																
10. Seguro privado de salud..... <input checked="" type="checkbox"/> 10																																																
11. Propinas..... <input checked="" type="checkbox"/> 11																																																
12. Otros..... <input checked="" type="checkbox"/> 12																																																

[illegible]

## SECCIÓN 5: ACTIVIDAD DE PRODUCCIÓN AGROPECUARIA

[illegible]





## SECCIÓN 6: SALUD

[illegible]

OBSERVACIONES:



SECCIÓN 7 : REMESAS FAMILIARES Y OTRAS TRANSACCIONES DEL HOGAR

701. No. DE ORDEN DE LA TRH:

NOMBRE:

702. ACTUALMENTE ¿ALGÚN(A) MIEMBRO DE ESTE HOGAR O QUE FUE PARTE DE ESTE RESIDE EN EL EXTRANJERO?

1. Sí → ¿Cuántos(as)?.....

¿Desde hace cuánto tiempo?.....  
(Registrar el (la) más reciente)

Mencione en que país.....

2. No → Pase a 703

1. Estados Unidos

3. Australia

2. Canadá

4. Otros (Especifique)

703. USTED O ALGÚN (A) MIEMBRO DE ESTE HOGAR ¿RECIBE REGULARMENTE AYUDA ECONÓMICA EN DINERO O EN ESPECIE PROCEDENTE DE FAMILIARES O AMIGOS (AS) RESIDENTES EN EL EXTRANJERO?

1. Si, en divisas

2. Si, en especie → Pase a 706

3. Si, ambos

4. Recibe de manera eventual → Pase a 705

5. No recibe → Finalice sección

6. Recibe de manera eventual y en divisas

704 .

a.1 ¿CUÁNTO EN EFECTIVO (BILLETES)? a.1 \$

a.2 ¿A TRAVES DE QUE PERSONA RECIBE LA REMESA? a.2

1. Encomendero(a)

2. Familiares o amigos(as) que viajaron al exterior

3. Familiares o amigos(as) que residen en el exterior y visitaron El Salvador

4. Usted mismo(a) cuando salió de viaje

a.3 Frecuencia a.3

b.1 ¿CUÁNTO EN OTROS MECANISMOS (TRANSFERENCIAS BANCARIA b.1 \$

b.2 Frecuencia b.2

CODIGOS DE PERIODICIDAD CON QUE RECIBE LA AYUDA

1. Anual

5. Mensual

2. Semestral (2 veces al año)

6. Quincenal

3. Trimestral (4 veces al año)

7. Otros (Especifique )

4. Bimensual (6 veces al año)

705. ¿QUÉ DESTINO LE DA A LA AYUDA RECIBIDA EN EFECTIVO?

(Anote cantidad en dólares)

01. Consumo (alimento, vestido).....

02. Vivienda (construcción y reparación) .....

03. Vivienda cuota alquiler.....

04. Vivienda cuota compra.....

05. Negocio (comercio).....

06. Gastos médicos consulta permanente.....

07. Gastos médicos internación.....

08. Otros gastos médicos permanente (exámenes, medicinas, etc).....

09. Gastos médicos consulta eventual.....

10. Otros gastos médicos eventuales (exámenes, medicinas, etc).....

11. Gastos en educación.....

12. Compra de insumos agrícolas.....

13. Inversión con fines turísticos.....

14. Pago de compromisos de miembros que residen en el extranjero.....

15. Ahorro.....

16. Otros (Especifique)

EVENTUAL ( \$ )

DIVISAS ( \$ )

706. EN EL ÚLTIMO AÑO HA RECIBIDO AYUDA EN ESPECIE:

1. En vestuario.....

2. En juguetes.....

3. En medicinas.....

4. Otros (electrodomésticos, muebles, vehículo, etc.).....

1. Sí

2. No

1

2

1

2

1

2

1

2

Si al menos una de las respuestas es Sí, anotar monto total \$

SECCION 8: CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR													
(SOLO PARA EL (LA) JEFE (A) DE HOGAR O PERSONA ENCARGADA DEL GASTO DEL HOGAR)													
801. NUMERO DE ORDEN DEL PRINCIPAL INFORMANTE		802		803		804		805		806		807	
Código (Uso exclusivo de oficina)		LA SEMANA PASADA (LUNES A DOMINGO), ¿CONSUMIERON O UTILIZARON ALIMENTOS O BEBIDAS EN ESTE HOGAR?		¿CÓMO LO OBTUVO?  (Hasta 2 opciones)		FRECUENCIA ¿CUÁNTAS VECES REALIZA ESTE GASTO O LO ADQUIRE A LA SEMANA?		¿EN CUANTOS DÍAS CONSUME EL BIEN O PRODUCTO?		¿CUÁL FUE EL GASTO TOTAL DE LOS ALIMENTOS QUE COMPRÓ O ADQUIRIÓ?  (Especificar el valor en		PRINCIPAL LUGAR DE COMPRA	
		1. Sí, comprados o adquiridos en la semana pasada 2. Sí, comprados o adquiridos antes de la semana pasada 3. No		1. Comprado 2. Autoconsumo 3. Autosuministro 4. Ayuda familiar 5. Ayuda del Estado 6. Ayuda privada		1. Una vez 2. Dos veces 3. Tres veces 4. Cuatro veces 5. Cinco veces 6. Seis veces 7. Todos los días						1. Supermercado 2. Mercado 3. Tienda informal 4. T. especializada 5. Almacén 6. Restaurante 7. Cafetín 8. Comedor 9. Chalet 10. Carrito 11. Ambulante 12. Otros.	
		Excluye: (i) gasto de consumo destinado a personas no miembros de este hogar; (ii) gasto para el negocio; (iii) regalos dados, y (iv) donaciones dadas.											
01 ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHOLICAS		Código	Opción 1	Opción 2					Dólares	Centavos			(Especifique)
1	011125	Tortilla?											1
2	011102	Pan Francés?											2
3	011101	Pan dulce?											3
4	011122	Arroz precocido?											4
5	011122	Arroz corriente?											5
6	011726	Maíz amarillo?											6
7	011121	Maíz blanco?											7
8	011722	Frijoles de seda?											8
9	011723	Frijoles rojos?											9
10	011723	Frijoles ocre o sangre de toro?											10
11	012101	Café granulado?											11
12	012102	Café soluble?											12
13	011418	Leche entera?											13
14	011403	Leche descremada?											14
15	011417	Leche semidescremada?											15
16	011419	Leche preservada?											16
17	011410	Crema corriente?											17
18	011420	Crema especial?											18
19	011413	Quesillo corriente?											19
20	011421	Quesillo especial?											20
21	011414	Queso duro?											21
22	011407	Queso fresco?											22
23	011414	Queso duro blandito?											23
24	011622	Frutas frescas?											24
25	011203	Angelina?											25
26	011207	Carne molida de res?											26
27	011203	Carne para guisar?											27
28	011216	Costilla de res?											28
29	011203	Lomo rollizo?											29
30	011203	Lomo corriente?											30
31	011203	Posta negra?											31
32	011203	Solomo?											32
33	011201	Pollo?											33
34	011301	Pescado, mariscos?											34
35	011503	Aceite de cocina?											35
36	011502	Aceite de oliva?											36
37	012202	Gaseosas?											37
38	012203	Jugos de frutas y verduras?											38
39	011918	Sal de cocina?											39
40	011801	Azúcar?											40
41	011416	Huevos de gallina?											41
42	012103	Té?											42
43	011508	Mantequilla?											43
44	011507	Margarina y otras grasas vegetales?											44
45	011623	Fruta preservada y productos a base de frutas?											45
46	011725	Vegetales cultivados por su fruta (fresco, enfriado o congelado)?											46
47	011727	Cultivos de raíces, bulbos no almidonados y setas (fresco, enfriado o congelado)?											47
48	011919	Salsas, condimentos?											48
49	011724	Frijol negro?											49
50	011107	Pan de caja?											50
51	011108	Harina de maíz											51
52	011402	Leche en polvo?											52
53													53
54													54
55													55
56													56
57													57
58													58
59													59
11 SERVICIOS DE SUMINISTRO DE COMIDAS PREPARADAS													
60	1E+05	Platos de desayuno?											60
61	1E+05	Platos de almuerzo?											61
62	1E+05	Platos de cena?											62
63	1E+05	Platos de refrigerio?											63
64		SUMA DE GASTO DE CONSUMO SEMANAL TOTAL										64	

SECCIÓN 8: CONSUMO DE ALIMENTOS EN EL HOGAR													
808			809		810			811					
EN EL ÚLTIMO MES ¿EN ESTE HOGAR COMPRARON, OBTUVIERON, CONSIGUIERON O UTILIZARON:			¿CON QUE FRECUENCIA LO OBTUVO?		LO OBTUVO POR :			¿CUÁL FUE EL VALOR DE?					
			1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Bimensual 6. Trimestral 7. Semestral 8. Anual		1. ¿Compra? 2. ¿Autoconsumo? 3. ¿Autosuministro? 4. ¿Ayuda familiar? 5. ¿Ayuda del Estado? 6. ¿Ayuda privada? 7. ¿Otros?			Gasto?		Autoconsumo? ó Autosuministro?		Ayuda?	
ARTÍCULOS Y SERVICIOS			1. Si	2. No				Dólares	Centavos	Dólares	Centavos	Dólares	Centavos
01	Artículos para higiene personal (jabón, cepillo de dientes, papel higiénico, etc.)?												01
02	Artículos de lavandería (detergente, jabón de ropa, etc.)?												02
03	Artículos de aseo del hogar (escoba, desodorante ambiental, desinfectantes, trapeadores, etc.)?												03
04. A	Entradas al cine, estadio, discoteca?												04. A
04. B	Libros, revistas, entradas al museo?												04. B
05	Peluquería, cosméticos y otros cuidados?												05
06	Lavado de ropa?												06
07	Combustible?												07
08	Transporte público (bus, microbús, taxi, etc.)? (Excluya gastos por educación)												08
09	Otros (pupilage, renta, etc.)?												09
10	Gastos por cuidado de menores de 3 años en guardería y maternal?												10
11	Gasto en cuidado de adultos/as mayores (ancianos/as)												11
11. A	Artículos de uso de bebés?												11. A
12	Gastos por comida y cuidado de mascotas?												12

  

812													
EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, ¿EN ESTE HOGAR COMPRARON, OBTUVIERON O UTILIZARON:			¿CON QUE FRECUENCIA LO OBTUVO?		LO OBTUVO POR :			¿CUÁL FUE EL VALOR DE?					
(EXCLUYA GASTOS ANOTADOS EN EDUCACIÓN Y SALUD, EXCEPTUANDO LOS OCASIONADOS POR ENFERMEDAD PERMANENTE)			1. Si	2. No	1. ¿Compra? 2. ¿Autoconsumo? 3. ¿Autosuministro? 4. ¿Ayuda familiar? 5. ¿Ayuda del Estado? 6. ¿Ayuda privada? 7. ¿Otros?			Gasto?		Autoconsumo? ó Autosuministro?		Ayuda?	
								Dólares	Centavos	Dólares	Centavos	Dólares	Centavos
01	Prendas de vestir, accesorios y telas?												01
02	Calzado (Incluye deportivo, reparaciones)?												02
03	Muebles y artículos de decoración del hogar (sala, dormitorio, etc.)?												03
04	Artículos electrodomésticos (refrigeradora, licuadora, etc.)?												04
05	Reparación de la vivienda por desastres naturales?												05
06	Reparación y mantenimiento de la vivienda?												06
07	Rep. y mant. de vehículos (auto, bicicleta, motocicleta, etc.)?												07
08	Compra de vehículo?												08
09	Lavado de vehículo? (car wash)												09
10	Tejidos para el hogar (sábanas, toallas, cortinas, manteles, etc.)?												10
11	Equipo de cocina (vajilla, pantries, cocina, etc.)?												11
12	Gastos en salud (dentista, controles periódicos, lentes, etc.)												12
13	Transporte interdepartamental e internacional turismo?												13
14	Transporte interdepartamental e internacional visita familiares amigos/as?												14
15	Otros gastos (joyería, relojes)?												15

  

813			¿CON QUE FRECUENCIA LO OBTUVO?		¿CUÁL FUE EL VALOR DE?			
EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ESTE HOGAR HA REALIZADO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES GASTOS:			1. Si	2. No	Gasto?			
					Dólares	Centavos		
01	Cuota alimenticia para manutención de hijos e hijas?							01
02	Donación a instituciones sin fines de lucro (escuela, hospicio, etc.)?							02
03	Regalos a terceros no miembros del hogar?							03
04	Pago de seguros de vida, robo, etc.?							04
05	Pago de seguro médico hospitalario?							05
06	Cuota o aporte a clubes o asociaciones?							06
07	Aporte económico a terceros?							07
08	Gastos en juegos de azar?							08
09	Matrimonios, funerales y otros?							09
10	Seguridad en su vivienda (Excluye: Servicios de vigilancia de Sección 3)							10

  

<b>OBSERVACIONES:</b>							

## CALIFICACIÓN DEL HOGAR ENTREVISTADO

OBSERVACIONES:

---



---



---



---



---

1. Información confiable 2. Información poco confiable 3. Información no confiable

### CUADRO RESUMEN A COMPLETAR POR EL SUPERVISOR

<p><b>1</b></p> <p>NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR</p>	<p><b>2</b></p> <p>PERSONAS DE 4 AÑOS DE EDAD Y MÁS</p>	<p><b>3</b></p> <p>PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS DE EDAD</p>	<p><b>4</b></p> <p>NÚMERO DE PERSONAS CON TRABAJO AGROPECUARIO</p>	<p><b>4- A</b></p> <p>NÚMERO DE PERSONAS CON PRODUCCIÓN DE PATIO</p>	<p><b>5</b></p> <p>NÚMERO DE PERSONAS QUE SE ENFERMARON</p>	<p><b>6</b></p> <p>NÚMERO DE PERSONAS QUE UTILIZAN INTERNET</p>	<p><b>9</b></p> <p>HOGAR CON BOLETA DE SUBSIDIOS</p>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE OFICINA

<p>NOMBRE DEL TÉCNICO(A) DE ENCUESTAS <b>A</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Código <input type="text"/></p> <p>FECHA: _____</p>	<p>NOMBRE DEL TÉCNICO DE CONTROL DE CALIDAD <b>B</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Código <input type="text"/></p> <p>FECHA: _____</p>	<p>NOMBRE DEL CRÍTICO(A) CODIFICADOR(A) <b>C</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Código <input type="text"/></p> <p>FECHA: _____</p>	<p>NOMBRE DEL DIGITADOR(A) <b>D</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Código <input type="text"/></p> <p>FECHA: _____</p>
---	---	---	--

### CONTROL DE SECCIONES A COMPLETAR POR DEPARTAMENTO DE ENCUESTAS

SECCIÓN 2	SECCIÓN 4	SECCIÓN 5	SECCIÓN 5 - A	SECCIÓN 6	SECCIÓN 1-A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SECCIÓN 9	SECCIÓN 10	SECCIÓN 11	SECCIÓN 12	SECCIÓN 13	SECCIÓN 14
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**DIGESTYC**  
Dirección General de Estadística y Censos

[www.digestyc.gob.sv](http://www.digestyc.gob.sv)