



REPÚBLICA DE EL SALVADOR
MINISTERIO DE ECONOMÍA



DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

ENCUESTA NACIONAL DE USO DEL TIEMPO
2017

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

1. COMPLETA
2. AUSENTE TEMPORAL (P)
3. REHUSO
4. OTROS

CÓDIGO DEL ENCUESTADOR(A):

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

CÓDIGO DEL SUPERVISOR(A):

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

NÚMERO DE ORDEN DE PERSONA INFORMANTE PRINCIPAL

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

BOLETA ANEXA

1. Si 2. No

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (PARA TODAS LAS PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR)

| N° DE O R D E N | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | | | 107 | 108 | 109 | | | | | 110 | | | | 111 | | |
|-----------------------------------|--|--|---|---|---|--------------------------------|----------|----------|--|--|--|---|----------|----------|----------|----------|---|----------|----------|-----|---|--|
| | ¿CUÁL ES EL NOMBRE Y APELLIDO DE LAS PERSONAS QUE HABITUALMENTE RESIDEN EN ESTA VIVIENDA? (TRH 1 será la jefatura de hogar) | ¿QUÉ PARENTESCO TIENE (NOMBRE) CON LA JEFATURA DE HOGAR? 02. Esposa/o, compañera/o 03. Hija/o 04. Madre/Padre 05. Hermana/o 06. Nuer/a/ Yerno 07. Nieta/o 08. Suegra/o 09. Otro pariente 10. Otros (sin parentesco) | ¿EL SEXO DE (NOMBRE) ES? 1. Mujer 2. Hombre | ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DE (NOMBRE)? (Sino reporta día ni mes, anotar 99 y reportar año) | ¿QUÉ EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS TIENE (NOMBRE)? (Anote 00 para menores de 1 año) | PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS | | | ¿CUÁL ES EL ESTADO FAMILIAR DE (NOMBRE)? 1. Acompañada/o 2. Casada/o 3. Viuda/o 4. Divorciada/o 5. Separada/o 6. Soltera/o | ¿CÓMO SE IDENTIFICA (NOMBRE) SEGÚN SU CULTURA Y SUS COSTUMBRES? 1. Indígena 2. Afrodescendiente 3. Mestizo 4. Otro 5. Ninguno | ¿QUÉ IDIOMA(S) O LENGUA(S) HABLA (NOMBRE)? 1. Sólo lengua indígena 2. Lengua indígena y español 3. Sólo español 4. Español e idioma extranjero 5. lengua indígena e idioma extranjero 6. Idioma extranjero | EL FIN DE SEMANA PASADO, ¿(NOMBRE) NECESITÓ ASISTENCIA O APOYO PARA REALIZAR ACTIVIDADES COMO? (Si respondió "código 12", pase a P116) | | | | | ¿CUÁL FUE EL MOTIVO POR EL QUE (NOMBRE) NECESITÓ ASISTENCIA O APOYO? (Si respondió "código 1", pase a P112. Si respondió "código 2, 3 o 4", pase a P116) | | | | ¿CUÁL ES LA DEFICIENCIA QUE (NOMBRE) PRESENTA EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS? (Aplica únicamente si respondió "código 5 o 6" o una combinación que incluya alguno de estos códigos en P110) | |
| | | | | | | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | OPCIÓN 3 | | | | OPCIÓN 4 | OPCIÓN 5 | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | OPCIÓN 3 | OPCIÓN 4 | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | | | |
| 01 | | 01 | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | ___/___/___ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (PARA TODAS LAS PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR)

| N° DE O R D E N | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 |
|-----------------------------------|--|--|---|--|---------------------------------|---|---|---|--|
| | PARA PERSONAS DE 0 A 5 AÑOS | | | | PARA PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS | | | | |
| | ¿ASISTE (NOMBRE) A UN CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL (GUARDERÍA O CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL)? | ¿CUÁL ES LA RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE (NOMBRE) NO ASISTE A UNA GUARDERÍA O CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL? | ¿EL CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL AL QUE ASISTE (NOMBRE) ES? | ¿CUÁNTAS HORAS AL DÍA ASISTE (NOMBRE) AL CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL ? | ¿(NOMBRE) SABE LEER Y ESCRIBIR? | ¿(NOMBRE) ASISTE ACTUALMENTE O ASISTIÓ A UN CENTRO DE EDUCACIÓN FORMAL? | ¿ A QUÉ JORNADA ASISTE (NOMBRE)? | ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO NIVEL Y GRADO APROBADO DE (NOMBRE)? | ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE (NOMBRE) NO CONTINUÓ ESTUDIANDO/NUNCA ASISTIÓ A UN CENTRO ESCOLAR? |
| | 1. Si (Pase a P114) 2. No | 1. Prefiere que su madre/padre u otro familiar se haga cargo del cuidado 2. No hay guardería/CDI cerca 3. En la guardería/CDI no había cupos o espacios suficientes 4. Los horarios de servicio no se ajustan a las necesidades 5. No se puede pagar el servicio (es caro o tiene un costo alto) 6. No fue aceptada/o por enfermedad o discapacidad 7. El servicio es de mala calidad o no brinda la confianza suficiente para hacer uso de el 8. No sabe si hay guardería/CDI cerca 9. Otros _____ (Termina sección) | 1. Público (Municipal y comunitario) 2. CBI (Prestación para sector público) 3. Privado | | 1. Si 2. No 3. Sólo leer | 1. Si, Asiste actualmente 2. No asiste pero asistió alguna vez (Pase a P119) 3. Nunca asistió (Pase a P120) | 1. Mañana 2. Tarde 3. Noche 4. Mixta (incluye escuela tiempo pleno) 5. Fin de semana o flexible 6. Virtual/ en línea | 1. Educación Inicial 2. Parvularia (1° a 3°) 3. Básica (1° a 9°) 4. Media (10° a 13°) 5. Superior Universitaria (1° a 15°) 6. Superior No Universitaria (1° a 3°) 7. Educación Especial (ciclos I, II, III y IV) 8. Círculos de Alfabetización (Si respondió "código 1" en P117, termina sección y pase a Sección 2 Vivienda) | 01. Embarazo 02. Maternidad 03. Se acompañó/se casó 04. Cuido de Hijas/os 05. Cuido de familiares 06. Trabajo doméstico no remunerado 07. Problemas económicos 08. Necesidad de trabajo remunerado 09. No le permitieron (madre/padre, pareja, otro) 10. Motivos de salud 11. Motivos de discapacidad 12. Ya finalizó sus estudios 13. Otros _____ (especifique) |
| 01 | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 2: VIVIENDA

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| SECCIÓN 2: VIVIENDA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 201. TIPO DE VIVIENDA: | | 207. EL SERVICIO SANITARIO ES: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Casa privada o independiente 2. Apartamento 3. Condominio 4. Pieza en una casa 5. Pieza en un mesón 6. Casa improvisada 7. Rancho 8. Temporal 9. Otro _____ | <input type="checkbox"/> | 1. Inodoro con conexión a alcantarillado 2. Inodoro a fosa séptica 3. Letrina común 4. Letrina abonera 5. Letrina solar 6. No tiene | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 202. EL MATERIAL PREDOMINANTE DEL TECHO ES: | | 208. ¿CÓMO SE ABASTECE DE AGUA ESTA VIVIENDA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Materiales de desecho 2. Paja o palma 3. Losa de concreto 4. Teja de barro o cemento 5. Lámina de asbesto o fibra cemento 6. Lámina metálica 7. Otro _____ | <input type="checkbox"/> | 1. A través de cañería o pozo propio (ANDA o cualquier servicio de agua domiciliar) 2. Acarreo de cañería del vecino/a 3. Pila, chorro común o público, cantarera 4. Camión, carreta o pipa 5. Pozo (privado o público) 6. Ojo de agua, río o quebrada 7. Agua lluvia 8. Otro _____ | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 203. EL MATERIAL PREDOMINANTE DE LAS PAREDES ES: | | 209. COMO SE DESHACEN DE LA BASURA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Materiales de desecho 2. Paja o palma 3. Madera 4. Bahareque 5. Adobe 6. Lámina metálica 7. Concreto o mixto 8. Otro _____ | <input type="checkbox"/> | 1. La queman 2. La entierran 3. La depositan en contenedores 4. Recolección domiciliar pública/privada 5. La recicla 6. Otro _____ | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 204. EL MATERIAL PREDOMINANTE DEL PISO ES: | | 210. ¿CUANTAS HABITACIONES (CUARTOS) TIENE ESTA VIVIENDA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Ladrillo de barro 2. Tierra 3. Ladrillo de cemento 4. Cemento 5. Ladrillo cerámico 6. Otro _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 211. ¿CUANTAS DE ESTAS HABITACIONES SON UTILIZADAS EXCLUSIVAMENTE COMO DORMITORIO? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 205. TIPO DE ALUMBRADO: | | 212. EN ESTA VIVIENDA CUENTAN CON SERVICIOS COMO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Electricidad 2. Conexión eléctrica de vecina/o 3. Kerosene 4. Candela 5. Panel solar 6. Generador eléctrico 7. Otro _____ | <input type="checkbox"/> | 1. Internet residencial..... 2. Internet móvil 2.1 Prepago 2.2 Postpago 3. Servicio de cable 4. Telefonía celular 4.1 Prepago 4.2 Postpago 5. Telefonía fija | 1. Si 2. No <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 206. EL PRINCIPAL COMBUSTIBLE USADO PARA COCINAR: | | 213. ESTE HOGAR CUENTA CON PERSONAS QUE PRESTEN SERVICIOS EN CALIDAD DE: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Gas propano 2. Electricidad 3. Leña/carbón 4. Ninguno 5. Otro _____ | <input type="checkbox"/> | 1. Empleada/o doméstica/o remunerada/o 2. Jardinera/o 3. Motorista 4. Enfermera/o 5. Niñera/o 6. Vigilancia | 1. Si 2. No <table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%;"></td><td style="width: 50%;"></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESOS (PARA PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR DE 16 AÑOS Y MÁS) | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|--|--|--|---|---|----------------------------------|--------------------|--|---|--|--|--|--|---|
| | | PERSONAS OCUPADAS | | | | PERSONAS DESOCUPADAS | | | | PERSONAS INACTIVAS | | | | | | | |
| | | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | | | 409 | 410 | 411 | | 412 | 413 |
| N° DE O R D E N | LA SEMANA ANTERIOR, ¿(NOMBRE) REALIZÓ ALGÚN TRABAJO POR LO MENOS UNA HORA? | LA SEMANA ANTERIOR, ¿(NOMBRE) REALIZÓ ALGÚN TIPO DE TRABAJO POR? | AUNQUE YA ME DIJO QUE NO TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR, ¿(NOMBRE) TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO, NEGOCIO PROPIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA A LA QUE VOLVERÁ PROXIMAMENTE? | AUNQUE YA ME DIJO QUE (NOMBRE) NO TRABAJÓ LA SEMANA ANTERIOR, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO, NEGOCIO PROPIO, EMPRESA O ACTIVIDAD PROPIA DE LA QUE SE AUSENTO POR ...? | LA SEMANA ANTERIOR, ¿(NOMBRE) ESTUVO BUSCANDO TRABAJO O TRATANDO DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? | AUNQUE NO BUSCÓ, ¿(NOMBRE) HABÍA BUSCADO TRABAJO O TRATÓ DE ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO, EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES A DICHA SEMANA? | ¿QUÉ HIZO (NOMBRE) EN LAS CUATRO SEMANAS ANTERIORES PARA BUSCAR TRABAJO O ESTABLECER SU PROPIA EMPRESA O NEGOCIO? | ¿HACE CUÁNTO TIEMPO (NOMBRE) ESTÁ BUSCANDO TRABAJO? | | | ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DESCRIBE MEJOR LA ACTIVIDAD COTIDIANA DE (NOMBRE) EN LAS ÚLTIMAS CINCO SEMANAS? | ¿(NOMBRE) DESEA TRABAJAR Y ESTÁ DISPONIBLE HACERLO? | ¿POR QUÉ (NOMBRE) NO BUSCÓ TRABAJO? | | LA SEMANA ANTERIOR, ¿(NOMBRE) TRABAJÓ EN ACTIVIDADES AGRÍCOLAS PARA USO EXCLUSIVO DEL HOGAR? | LA SEMANA ANTERIOR, ¿(NOMBRE) REALIZÓ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O ESPECIE? | |
| | | 1. Por un salario 2. Por cuenta propia con local 3. Por cuenta propia sin local 4. Familiar no remunerado 5. Por pago en especie 6. No trabajó | 1. Si (Pase a P414) 2. No | 1. Si (Pase a P414) 2.No | 01. Vacaciones laborales? 02. Incapacidad por enfermedad? 03. Permisos o licencias? (estudios, enfermedad y/o autorizados por la empresa) 04. Permiso o licencia por maternidad? 05. Huelgas o paro laboral? 06. Cambio de turno? 07. Suspensión laboral? 08. Término de temporada de trabajo? 09. Falta de materia prima? 10. Mal tiempo o fenómeno natural? 11. Asuntos personales o familiares? 12. Otro motivo 13. No tiene empleo | 1. Si (Pase a P407) 2.No | 1. Si 2. No (Pase a P409) | 1. Estableció contacto con oficinas de empleo 2. Gestionó directamente con empleadores 3. Gestionó en lugar de trabajo, fincas, granjas, etc. 4. Gestionó valiéndose de amistades y/o familiares 5. Respondió ofertas aparecidas en periódicos o internet 6. Buscó terreno, edificio, etc. para establecer su propia empresa o negocio 7. Gestionó para obtener recursos financieros y establecer su propia o negocio 8. Otro 9. No hizo nada | (Pase a P412) DÍAS MESES AÑOS | | | 1. Trabajo doméstico no remunerado 2. Pensionada/o o jubilada/o 3. Estudiante 4. Arrendataria/o 5. Inhabilitada/o permanente para trabajar 6. Otro | mismo 2. Sí, en otra época del año 3. No | 01. Creía que no había trabajo disponible en la zona 02. No sabía cómo buscar trabajo 03. Se cansó de buscar trabajo 04. Trabajo doméstico no remunerado 05. Cuido de hijo/a 06. Cuido de familiares 07. Espera ciclo agrícola de café, caña, algodón u 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. Inhabilitada/o por hecho violento 12. Jubilada/o o pensionada/o 13. No puede trabajar (discapacitado, anciano, etc.) 14. Asiste a un centro de formación o capacitación 15. Ya encontró trabajo que empezará pronto 16. Espera respuesta de persona empleadora 17. Otro | | 1. Si, cultivo granos 2. Si, cultivo hortalizas y/o frutas 3. Si, crianza de animales y/o pesca 4. Si, otras actividades agropecuarias 5. No trabajó | 1. ¿Trabajó en algún negocio propio o de un familiar? 2. ¿Vendió algún producto, lotería, periódicos, etc.? 3. Cocinó, lavó ropa ajena y otros servicios a particulares? 4. ¿Elaboró tortillas? 5. ¿Hizo comida (típica) para vender? 6. ¿Elaboró algún producto en casa para vender? 7. ¿Ayudó a algún familiar en su negocio o trabajó sin remuneración? 8. ¿Realizó alguna otra actividad para obtener ingresos? 9. No realizó ninguna actividad |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESOS (PARA PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR DE 16 AÑOS Y MÁS) | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------|---|--|---|--|--|----------|---|--|--|--|---|---|
| N° DE O R D E N | GRUPO OCUPACIONAL | EXPERIENCIA LABORAL | | SECTOR INSTITUCIONAL | RAMA DE ACTIVIDAD | SITUACIÓN EN EL EMPLEO | FORMALIDAD | SEGURIDAD SOCIAL | | INFORMALIDAD | SUBEMPLEO | | | ESTABILIDAD LABORAL | |
| | 414 | 415 | | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | |
| | ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL O TIPO DE TRABAJO QUE REALIZA O REALIZÓ (NOMBRE) EN SU ÚLTIMO EMPLEO? (Aplica para personas ocupadas, desocupadas y si respondió "código 1 o 2" en P410) | ¿CUÁNTO TIEMPO (NOMBRE) TIENE DE DEDICARSE A SU OCUPACIÓN PRINCIPAL? (Aplica para personas ocupadas, desocupadas y si respondió "código 1 o 2" en P410) | | ¿EN QUÉ SECTOR TRABAJA (NOMBRE)? 1. Público 2. Privado 3. Organismo internacional 4. Otro | ¿A QUÉ SE DEDICA LA EMPRESA O INSTITUCIÓN EN LA CUAL (NOMBRE) TRABAJA O TRABAJO? (Aplica persona que reporta ser ocupada, desocupada y si respondió "código 1 o 2" en P410) | ¿EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL (NOMBRE) TRABAJA O TRABAJABA EN CALIDAD DE? 01. Empleador/a o patrono/a? 02. ¿Cuenta propia con local? 03. ¿Cuenta propia sin local? 04. ¿Cooperativista? 05. ¿Familiar no remunerado? 06. ¿Asalariada/o permanente? 07. ¿Asalariada/o temporal? 08. ¿Trabajo doméstico remunerado? 09. ¿Aprendiz? 10. Otros | ¿DÓNDE SE UBICA EL ESTABLECIMIENTO EN EL CUAL (NOMBRE) ACOSTUMBRA A REALIZAR ESA ACTIVIDAD? 1. Hogar 2. Empresa u oficina 3. Local comercial o industrial 4. Puesto en el mercado 5. Puesto en la vía pública 6. En la calle como ambulante 7. En un medio de transporte 8. Otro | ¿(NOMBRE) CUENTA CON COBERTURA O AFILIACIÓN A ALGÚN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICO O PRIVADO? 01. ISSS, cotizante 02. ISSS, beneficiaria/o 03. ISSS, jubilada/o 04. AFP, cotizante 05. AFP, beneficiaria/o 06. Bienestar Magisterial 07. IPSFA 08. INPEP, jubilada/o 09. INPEP, beneficiaria/o 10. Individual 11. Colectivo 12. No afiliada/o ni cubierta/o | | ¿CUÁNTAS PERSONAS TRABAJAN REGULARMENTE EN EL ESTABLECIMIENTO DÓNDE TRABAJA (NOMBRE)? 1. Menos de 10 2. De 10 a menos de 20 3. De 20 a más 4. No sabe | ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA (NOMBRE) HABITUALMENTE POR SEMANA? (Aplica únicamente para las personas que reportan ser ocupadas) | ¿(NOMBRE) DESEA TRABAJAR MÁS HORAS POR SEMANA Y ESTÁ DISPONIBLE A HACERLO? 1. Si 2. No | ¿POR QUÉ (NOMBRE) NO TRABAJA MÁS HORAS POR SEMANA? 1. Por razones de salud 2. Por razones de estudio 3. Por razones personales o familiares 4. No consigue trabajo asalariado 5. No consigue trabajo independiente 6. Otro | ¿EL TRABAJO QUE REALIZÓ (NOMBRE) LA SEMANA PASADA EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL...? 1. ... ¿Lo realizó todo el año? 2. ... ¿Es ocasional? 3. ... ¿Estacional? 4. ... ¿Otro? | |
| | | MESES | AÑOS | (Aplica únicamente para las personas que reportan ser ocupadas) | (Aplica persona que reporta ser ocupada, desocupada y si respondió "código 1 o 2" en P410) | (Aplica persona que reporta ser ocupada, desocupada y si respondió "código 1 o 2" en P410) | (Aplica únicamente para las personas que reportan ser ocupadas) | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | (Aplica únicamente para las personas que reportan ser ocupadas) | Ocupación Principal | Ocupación Secundaria | (Aplica únicamente para las personas que reportan ser ocupadas) | (Aplica únicamente para las personas que reportan ser ocupadas) | (Aplica únicamente para las personas que reportan ser ocupadas) |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | | | | | | | | | | |

SECCIÓN 4: EMPLEO E INGRESOS (PARA PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR DE 16 AÑOS Y MÁS)

| N° | PERSONAS ASALARIADAS | | | | INDEPENDIENTES | | | | OCUPACIÓN SECUNDARIA | | OTROS INGRESOS NO LABORALES | | | | OTROS INGRESOS ANUALES | | | | | | | |
|----|---|--|--|--|---|---------------------------------|--|--|--|---|--|--|---|--|--|----------|-------|---|---|----------|-------|--|
| | 426 | | 427 | | 428 | | | | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | | 434 | | | | 435 | | | |
| | EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿CUÁL ES LA PERIODICIDAD Y MONTO CON QUE RECIBE (NOMBRE) SU SUELDO O SALARIO POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA? | | A (NOMBRE) ¿LE DEDUCEN DE SU SUELDO O SALARIO EN CONCEPTO DE...? | | ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR POR SUELDO O SALARIO, ¿RECIBIÓ (NOMBRE) ALGUNA OTRA REMUNERACIÓN MONETARIA O EN ESPECIE DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES? | | | | ¿EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿CON QUE PERIODICIDAD RECIBE SU UTILIDAD O GANANCIA (NOMBRE) POR LA ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA? | ¿CUÁNTO ES LA UTILIDAD O GANANCIA NETA (EXCLUYENDO LOS GASTOS DE OPERACIÓN) QUE RECIBIÓ (NOMBRE) EN EL ÚLTIMO PERÍODO POR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL? | DE LOS BIENES Y SERVICIOS PRODUCIDOS Y/O DE LOS BIENES Y SERVICIOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES PARA SU TRABAJO PRINCIPAL, ¿ (NOMBRE) UTILIZA PRODUCTOS PARA SU CONSUMO? | ¿EN CUÁNTO ESTIMA USTED EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS POR (NOMBRE) PARA SU CONSUMO EL MES ANTERIOR? | ¿CUÁL ES EL PERIODICIDAD Y MONTO CON QUE RECIBIÓ (NOMBRE) EL SUELDO O SALARIO DE SU OCUPACIÓN SECUNDARIA? | | EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS ¿(NOMBRE) RECIBIÓ INGRESOS POR? | | | | ¿QUÉ OTROS INGRESOS HA TENIDO (NOMBRE) DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES QUE NO HAYA MENCIONADO ANTERIORMENTE? | | | |
| | 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Por obra o destajo 6. No recibe salario en efectivo | 1. Impuesto sobre la renta 2. ISSS 3. Bienestar Magisterial 4. IPSFA 5. Seguro Colectivo 6. Seguro Individual (Privado) 7. AFP 8. INPEP 9. Ninguno | 01. Pago por horas extras 02. Salario vacacional 03. Aguinaldo 04. Pago por incapacidades 05. Bonificaciones, comisiones, viáticos. 06. Alimentos o refrigerios 07. Ropa, uniformes o calzado 08. Mercaderías (en especie) 09. Vivienda 10. Transporte o vales de combustible 11. Propinas 12. Seguro privado de salud 13. Otros (Especifique) | 1. Diaria 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Otro | (Aplica únicamente si respondió "código 1, 2, 3 o 4" en la P418) | 1. Si 2. No (Pase a P433) | (Aplica únicamente si respondió "código 1, 2, 3 o 4" en la P418) | (Aplica únicamente si respondió "código 1, 2, 3 o 4" en la P418) | (Aplica únicamente si respondió "código 1, 2, 3 o 4" en la P418) | 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Por obra o destajo 6. No recibe salario en efectivo | 1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Por obra o destajo 6. No recibe salario en efectivo | (Aplica únicamente para personas que reportaron horas en Ocupación Secundaria) | | (Aplica para Personas Ocupadas, Desocupadas e Inactivas) | | | | (Aplica para Personas Ocupadas, Desocupadas e Inactivas) (Sino ha percibido otros ingresos, anote NR) | | | | |
| | PERIODICIDAD | MONTO | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | OPCIÓN 3 | OPCIÓN 4 | OPCIÓN 1 | OPCIÓN 2 | OPCIÓN 3 | OPCIÓN 4 | | PERIODICIDAD | MONTO | OPCIÓN 1 | | OPCIÓN 2 | | OPCIÓN 1 | | OPCIÓN 2 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | CÓDIGO | MONTO | CÓDIGO | MONTO | CÓDIGO | MONTO | CÓDIGO | MONTO | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

A) TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y PRODUCCIÓN DE BIENES PARA EL AUTOCONSUMO

| N° DE O R D E N | TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y ACTIVIDADES RELACIONADAS | | | | | | | | | | | TRABAJO PARA EL AUTOCONSUMO ACTIVIDADES PRIMARIAS | | | |
|-----------------------------------|---|-------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|---|-------|--|---|-------|---------|
| | 501 | | | 502 | | | 503 | | | 504 | | | 505 | | |
| | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ (NOMBRE) TIEMPO A SU TRABAJO DE OCUPACIÓN PRINCIPAL? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ (NOMBRE) TIEMPO A REALIZAR ALGÚN TRABAJO COMO PASANTÍA, HORAS/SERVICIO SOCIAL, PRACTICAS PROFESIONALES, ENTRE OTRAS, SIN RECIBIR REMUNERACIÓN? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ (NOMBRE) TIEMPO A BUSCAR UN TRABAJO O INICIAR UN NEGOCIO PROPIO? (Aplica únicamente si respondió "código 1" en P405) | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ (NOMBRE) TIEMPO A TRASLADARSE A SU TRABAJO DE OCUPACIÓN PRINCIPAL, TRABAJO EN FORMACIÓN NO REMUNERADO Y/O BUSQUEDA DE TRABAJO? (Incluye tiempo de ida y vuelta) | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A CUIDAR LA PARCELA, MILPA O HUERTO? | | |
| | 1. Trabajo como asalariado/a 2. Trabajo como empleador/a, patrón/a 3. Trabajo por cuenta propia 4. Trabajo de auxiliar o familiar no remunerado 5. Ninguno (Si respondió "código 5", pase a P502) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? (Anote tiempo y pase a P504) | | | 1. Si 2. No (Pase a P503) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? (Anote tiempo y pase a P504) | | | 1. Si 2. No (Pase a P505) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? (Anote tiempo y pase a P504) | | | 1. Si 2. No (Pase a P505) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P506) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

A) TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y PRODUCCIÓN DE BIENES PARA EL AUTOCONSUMO

TRABAJO PARA EL AUTOCONSUMO

ACTIVIDADES PRIMARIAS

| N° DE O R D E N | 506 | | | 507 | | | 508 | | | 509 | | | 510 | | |
|-----------------------------------|---|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|
| | A. EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A RECOLECTAR PRODUCTOS AGRÍCOLAS SILVESTRES? (Mora, chipilín, cochinillo, papelillo, flor de izote, etc.) | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A LA CRIANZA Y CUIDADO DE ANIMALES Y PRODUCTOS DERIVADOS DE ESTOS? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A ACTIVIDADES COMO CAZA Y/O PESCA? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A RECOLECTAR LEÑA PARA USAR COMO COMBUSTIBLE PARA COCINAR? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A ACARREAR AGUA PARA EL CONSUMO DEL HOGAR? | | |
| | 1. Si 2. No (Pase a P507) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P508) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P509) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P510) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P511) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

| N° DE O R D E N | A) TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y PRODUCCIÓN DE BIENES PARA EL AUTOCONSUMO | | | | | | | | | B) ACTIVIDADES PERSONALES | | | | | |
|---|--|---------|--|--|---------|--|---|---------|--|---|---------|--|---|---------|--|
| | TRABAJO PARA EL AUTOCONSUMO | | | | | | | | | CUIDADO PERSONAL | | | | | |
| | ACTIVIDADES NO PRIMARIAS PARA EL AUTOCONSUMO | | | | | | CONSTRUCCIÓN PARA USO DEL HOGAR | | | CUIDADOS Y NECESIDADES PERSONALES | | | | | |
| | 511 | | | 512 | | | 513 | | | 601 | | | 602 | | |
| | A.EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A PREPARAR CONSERVAS DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS Y/O DE BEBIDAS? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A CONFECCIONAR PRENDAS DE VESTIR Y/O ELABORAR PRODUCTOS COMO: MUEBLES, CARRETAS, CANOAS? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A LA CONSTRUCCIÓN/MEJORA Y/O A COMPRAR/TRASLADAR MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN PARA USO FINAL DEL HOGAR? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A DORMIR? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿(NOMBRE) DEDICÓ TIEMPO A COMER? <small>(Incluye el tiempo de comidas principales y refrigerios)</small> | | |
| 1. Si 2. No <small>(Pase a 512)</small> | | | 1. Si 2. No <small>(Pase a P513)</small> | | | 1. Si 2. No <small>(Pase a P601)</small> | | | 1. Si 2. No <small>(Pase a P602)</small> | | | 1. Si 2. No <small>(Pase a P603)</small> | | | |
| B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | |
| CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

B) ACTIVIDADES PERSONALES

| N° DE O R D E N | CUIDADO PERSONAL | | | | | | | | | APRENDIZAJE Y ESTUDIO | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------|---------------------------------|---|-------|---------------------------------|--|-------|---------------------------------|--|-------|---------------------------------|---|-------|---------|
| | CUIDADOS Y NECESIDADES PERSONALES | | | | | | | | | ESTUDIO Y FORMACIÓN TÉCNICA-VOCACIONAL | | | | | |
| | 603 | | | 604 | | | 605 | | | 606 | | | 607 | | |
| | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A SU ASEO O ARREGLO PERSONAL? (Incluye necesidades como "ir al baño" y/o sexuales) | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A PASAR CONSULTA, HACERSE EXÁMENES MÉDICOS O RECIBIR TERAPIAS DE REHABILITACIÓN? (Incluye tiempo de ida y vuelta) | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A REZAR, ORAR O MEDITAR SIN HACER NINGUNA OTRA ACTIVIDAD? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A ASISTIR A CLASES EN LA ESCUELA/COLEGIO, INSTITUTO O UNIVERSIDAD? (Aplica únicamente si respondió código 1 "Si, asiste actualmente", en P117) (Incluye tiempo de ida y vuelta) | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A ESTUDIAR, HACER TAREAS, INVESTIGACIONES ACADÉMICAS, ASISTIR A CURSOS DE FORMACIÓN O ALGÚN TALLER VOCACIONAL? (Incluye tiempo de ida y vuelta) | | |
| 1. Si 2. No (Pase a P604) | | | 1. Si 2. No (Pase a P605) | | | 1. Si 2. No (Pase a P606) | | | 1. Si 2. No (Pase a P607) | | | 1. Si 2. No (Pase a P608) | | | |
| B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

B) ACTIVIDADES PERSONALES

| N° DE OR D E N | USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN | | | | | | CONVIVENCIA SOCIAL Y ACTIVIDADES RECREATIVAS | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|-------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|---|-------|---------|
| | 608 | | | 609 | | | CONVIVENCIA SOCIAL Y RECREACIÓN | | | | | | 612 | | |
| | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A LEER LIBROS, REVISTAS Y/O PERIÓDICOS SIN REALIZAR OTRA ACTIVIDAD? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A VER TELEVISIÓN, ESCUCHAR LA RADIO, JUGAR VIDEOJUEGOS Y/O NAVEGAR EN INTERNET/REDES SOCIALES, SIN REALIZAR OTRA ACTIVIDAD? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A COMPARTIR CON FAMILIARES Y/O AMISTADES? | | | A. EL DÍA DE AYER, DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A ASISTIR A CELEBRACIONES COMUNITARIAS, CÍVICAS, RELIGIOSAS, EVENTOS CULTURALES, DE ENTRETENIMIENTO Y/O DEPORTIVOS? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A REALIZAR ALGÚN PASATIEMPO, PRACTICAR ALGÚN ARTE, PRACTICAR ALGÚN DEPORTE O A REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA? | | |
| | 1. Si 2. No (Pase a P609) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P610) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P611) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | (Fiestas patronales, desfiles, procesiones, misa, culto, torneos deportivos, etc.) (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P612) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | (Bordar, tejer, juegos de mesa, azar, etc.) (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P701) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

C) TRABAJO NO REMUNERADO

**TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL PROPIO HOGAR
PREPARACION Y SERVICIO DE COMIDA**

| N° DE O R D E N | 701 | | | 702 | | | 703 | | | 704 | | | 705 | | |
|-----------------------------------|--|-------|---------|--|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|
| | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A COCINAR O PREPARAR ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA LAS COMIDAS PRINCIPALES, REFRIGERIO Y/O COMIDA PARA LLEVAR? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A SERVIR LA COMIDA, PONER LA MESA, LEVANTAR, LAVAR Y/O ORDENAR LOS TRASTES? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A LLEVAR COMIDA A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR AL TRABAJO, ESCUELA, HOSPITAL U OTRO LUGAR? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A LAVAR, DESGRANAR, COCER, TOSTAR, MOLER (O LLEVAR A MOLER) Y/O SEMILLAS O GRANOS COMO MAÍZ, CAFÉ, ETC.? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A ENCENDER EL FUEGO CON LEÑA O CARBÓN PARA PREPARAR LOS ALIMENTOS DIARIOS? | | |
| | 1. Si 2. No (Pase a P702) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P703) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P704) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P705) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P706) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

C) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL PROPIO HOGAR

| N° DE O R D E N | LIMPIEZA DE VIVIENDA | | | | | | LIMPIEZA Y CUIDADO DE ROPA Y CALZADO | | | | | | REPARACIONES PARA EL HOGAR | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------|---------|--------|-------|---------|--|-------|---------|--------|-------|---------|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | 706 | | | 707 | | | 708 | | | 709 | | | 710 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A REALIZAR LA LIMPIEZA GENERAL DEL HOGAR (PARA CUANDO APLIQUE, INCLUYE TIEMPO DE MANTENIMIENTO A LA LETRINA)? | | | | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A BOTAR, SEPARAR O QUEMAR BASURA? | | | | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A LAVAR (O LLEVAR A LAVAR) Y/O TENDER ROPA, LUSTRAR O LAVAR CALZADO SUYO Y/O DE LAS PERSONAS DEL HOGAR? | | | | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A PLANCHAR (O LLEVAR A PLANCHAR), DOBLAR, REMENDAR Y/O GUARDAR SU ROPA Y/O DE LAS PERSONAS DEL HOGAR? | | | | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A HACER REPARACIONES EN SU VIVIENDA Y/O REPARAR MUEBLES O ELECTRODOMÉSTICOS DEL HOGAR? | | | | | |
| | (Barrer, trapear, sacudir, etc.) | | | | | | | | | | | | | | (Reparaciones: Tapar goteras, arreglo de tuberías, chapas, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. Si 2. No (Pase a P707) | | | | | | 1. Si 2. No (Pase a P708) | | | | | | 1. Si 2. No (Pase a P709) | | | | | | 1. Si 2. No (Pase a P710) | | | | | | 1. Si 2. No (Pase a P711) | | | | | |
| | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | | | | | | | | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

C) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMESTICO NO REMUNERADO PARA EL PROPIO HOGAR

| N° | REPARACIONES PARA EL HOGAR | | | PAGOS Y TRAMITES DEL HOGAR | | | COMPRAS PARA EL HOGAR | | | PLANTAS Y MASCOTAS | | | | | |
|--------|---|---------|--------|---|---------|--------|---|---------|--------|---|---------|--------|--|---------|--|
| | 711 | | | 712 | | | 713 | | | 714 | | | 715 | | |
| | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A LIMPIEZA, MANTENIMIENTO Y/O REPARACIONES AL MEDIO DE TRANSPORTE DE USO DEL HOGAR? (Aplica únicamente si respondió código 1"Si" en opciones 1."Vehículo", 2."Microbús", 3."Bicicleta", 4."Motocicleta", 5."Lancha/canoa" o 6."Otro" en P215) (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P712) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A PAGAR RECIBOS, REALIZAR TRÁMITES BANCARIOS, GESTIÓN DE PROGRAMAS DE GOBIERNO, LLEVAR GASTOS E INGRESOS DEL HOGAR U ORGANIZAR EL PRESUPUESTO DEL HOGAR? (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P713) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A COMPRAR ARTÍCULOS DE PRIMERA NECESIDAD PARA EL CONSUMO DEL HOGAR EN TIENDA, MERCADO, SUPERMERCADO, ETC.? (Artículos de primera necesidad) (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P714) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A COMPRAR ROPA, ZAPATOS, MEDICINAS O BIENES/ARTÍCULOS COMO ELECTRODOMÉSTICOS, UTENSILIOS, MUEBLES, ETC. PARA USTED O PARA ALGUIEN DE SU HOGAR? (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P715) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR, REGAR Y/O PODAR PLANTAS DEL JARDÍN/PATIO O A CUIDAR MASCOTAS? (Alimentar, bañar, llevar a control veterinario, etc.) 1. Si 2. No (Pase a P716) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | |
| CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

C) TRABAJO NO REMUNERADO

APLICA SI EN EL HOGAR SE REPORTA PERSONAS CON DISCAPACIDAD (DE CUALQUIER EDAD)

TRABAJO DE CUIDADO NO REMUNERADO A PERSONAS DEL HOGAR

CUIDADO Y/O ASISTENCIA A PERSONAS DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA PERMANENTE (DE CUALQUIER EDAD)

| N° DE O R D E N | 716 | | | 717 | | | 718 | | | 719 | | | 720 | | |
|-----------------------------------|--|-------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|
| | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A DAR DE COMER Y BAÑAR/ASEAR A PERSONAS DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA PERMANENTE? | | | A.EL DÍA DE AYER,¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A JUGAR O CONVERSAR CON PERSONAS DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA PERMANENTE? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A APOYAR EN TAREAS ESCOLARES A PERSONAS DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA PERMANENTE? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A ACOMPAÑAR/TRASLADAR A UN CENTRO DE EDUCACIÓN FORMAL A PERSONAS DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA PERMANENTE? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR POR MOTIVOS DE SALUD Y/O ACOMPAÑAR/TRASLADAR HACIA UN HOSPITAL, CLÍNICA O UNIDAD DE SALUD A PERSONAS DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA PERMANENTE? | | |
| | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

C) TRABAJO NO REMUNERADO

APLICA SI EN EL HOGAR SE REPORTA NINEZ DE 0 A 6 AÑOS DE EDAD.

**TRABAJO DE CUIDADO NO REMUNERADO A PERSONAS DEL HOGAR
CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS**

| N° DE O R D E N | 721 | | | 722 | | | 723 | | | 724 | | | 725 | | |
|-----------------------------------|---|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|
| | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A DAR DE COMER A PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS? (Incluye tiempo de lactancia a menores de 3 años) | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A BAÑAR O ASEAR A PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A JUGAR O CONVERSAR CON PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR TEMPORALMENTE POR MOTIVOS DE SALUD Y/O ACOMPAÑAR/TRASLADAR HACIA UN HOSPITAL, CLÍNICA O UNIDAD DE SALUD A PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A TRASLADAR A UN CENTRO DE EDUCACIÓN INICIAL (GUARDERÍA O CENTRO DE DESARROLLO INTEGRAL) O APOYAR EN TAREAS ESCOLARES O DE APRENDIZAJE A PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS? | | |
| | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

C) TRABAJO NO REMUNERADO

APLICA SI EN EL HOGAR SE REPORTA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA DE 7 A 14 AÑOS DE EDAD.

TRABAJO DE CUIDADO NO REMUNERADO A PERSONAS DEL HOGAR

CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS

| N° DE O R D E N | 726 | | | 727 | | | 728 | | | 729 | | | 730 | | |
|-----------------------------------|---|-------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|--|-------|---------|
| | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A JUGAR CON PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A APOYAR EN TAREAS ESCOLARES O DE APRENDIZAJE CON PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A ACOMPAÑAR/TRASLADAR A UN CENTRO DE EDUCACIÓN (ESCUELA O COLEGIO) A PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A ASITIR A REUNIONES ESCOLARES Y/O ESCUELAS DE PADRES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR TEMPORALMENTE POR MOTIVOS DE SALUD Y/O ACOMPAÑAR/TRASLADAR HACIA UN HOSPITAL, CLÍNICA O UNIDAD DE SALUD A PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS? | | |
| | 1. Si 2. No 3. No aplica (Pase a P727) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No 3. No aplica (Pase a P728) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No 3. No aplica (Pase a P729) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No 3. No aplica (Pase a P730) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | (Incluye tiempo de ida y vuelta) 1. Si 2. No 3. No aplica (Pase a P731) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

C) TRABAJO NO REMUNERADO

APLICA SI EN EL HOGAR SE REPORTAN PERSONAS DE 15 A 59 AÑOS

APLICA SI EN EL HOGAR SE REPORTA PERSONAS ADULTAS MAYORES DE 60 AÑOS Y MÁS DE EDAD.

TRABAJO DE CUIDADO NO REMUNERADO A PERSONAS DEL HOGAR

CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 15 A 59 AÑOS

CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS

**N°
DE
O
R
D
E
N**

731

732

733

734

735

A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR TEMPORALMENTE POR MOTIVOS DE SALUD Y/O ACOMPAÑAR/TRASLADAR HACIA UN HOSPITAL, CLÍNICA O UNIDAD DE SALUD A PERSONAS DEL HOGAR DE 15 A 59 AÑOS?

A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A APOYAR EN TAREAS ESCOLARES/DE APRENDIZAJE Y/O ACONSEJO/ORIENTÓ A PERSONAS DEL HOGAR DE 15 A 59 AÑOS?

A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A ACOMPAÑAR/TRASLADAR A UN CENTRO DE EDUCACIÓN (ESCUELA/COLEGIO/UNIVERSIDAD) A PERSONAS DEL HOGAR DE 15 A 59 AÑOS?

A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CONVERSAR Y/O ESCUCHAR A PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS?

A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR TEMPORALMENTE POR MOTIVOS DE SALUD Y/O ACOMPAÑAR/TRASLADAR HACIA UN HOSPITAL, CLÍNICA O UNIDAD DE SALUD A PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS?

(Incluye tiempo de ida y vuelta)

- 1. Si
- 2. No
- 3. No aplica
(Pase a P732)

B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ?

- 1. Si
- 2. No
- 3. No aplica
(Pase a P733)

B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ?

(Incluye tiempo de ida y vuelta)

- 1. Si
- 2. No
- 3. No aplica
(Pase a P734)

B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ?

- 1. Si
- 2. No
- 3. No aplica
(Pase a P735)

B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ?

(Incluye tiempo de ida y vuelta)

- 1. Si
- 2. No
- 3. No aplica
(Pase a P736)

B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ?

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15

OBSERVACIONES:

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

C) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES, PARA LA COMUNIDAD Y VOLUNTARIADO

TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES

| N° DE O R D E N | 736 | | | 737 | | | 738 | | | 739 | | | 740 | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------|---------|--|-------|---------|---|-------|---------|---|-------|---------|--|-------|---------|
| | CUIDADO A PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A REALIZAR QUEHACERES DOMÉSTICOS PARA OTROS HOGARES, SIN RECIBIR PAGO? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR A PERSONAS DE OTROS HOGARES CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA PERMANENTE, SIN RECIBIR PAGO? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR A PERSONAS DE OTROS HOGARES DE 0 A 6 AÑOS, SIN RECIBIR PAGO? | | | A.EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR A PERSONAS DE OTROS HOGARES DE 7 A 14 AÑOS, SIN RECIBIR PAGO? | | |
| | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | |
| | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

SECCION 5: USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACION:

A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

Favor mencionar el tiempo que destinó exclusivamente a la actividad por la que se le pregunta. Si realizó dos o más actividades a la vez, reporte la que requiere mayor atención o realizaba principalmente.

C) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES, PARA LA COMUNIDAD Y VOLUNTARIADO

| N° DE O R D E N | TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES | | | TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES | | | TRABAJO NO REMUNERADO EN LA COMUNIDAD | | | TRABAJO VOLUNTARIADO | | | | | |
|---|--|---------|---|---|---------|---|---|---------|---|--|---------|--|--|---------|--|
| | 741 | | | 742 | | | 743 | | | 744 | | | 745 | | |
| | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR A PERSONAS DE OTROS HOGARES DE 15 A 59 AÑOS, SIN RECIBIR PAGO? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A CUIDAR A PERSONAS DE OTROS HOGARES DE 60 AÑOS Y MÁS, SIN RECIBIR PAGO? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A REALIZAR TRABAJOS Y/O ACTIVIDADES PARA LA MEJORA DE SU COMUNIDAD, COLONIA O RESIDENCIAL, SIN RECIBIR PAGO? | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A REALIZAR TRABAJO ORGANIZATIVO DE APOYO A LA COMUNIDAD, SIN RECIBIR PAGO? (Pertenece a Junta de vecinos, ADESCO, directiva, etc.) | | | A. EL DÍA DE AYER, ¿DEDICÓ TIEMPO (NOMBRE) A REALIZAR TRABAJO VOLUNTARIO EN ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO, AGRUPACIONES Y/O COLECTIVIDADES (GRUPOS ECLESIALES, PARTIDOS POLÍTICOS, ETC.) SIN RECIBIR PAGO? | | |
| 1. Si 2. No (Pase a P742) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P743) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P744) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No (Pase a P745) B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | 1. Si 2. No B. ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICÓ? | | | |
| CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | CÓDIGO | HORAS | MINUTOS | |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

CALIFICACIÓN DEL HOGAR ENTREVISTADO

OBSERVACIONES:

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

CUADRO RESUMEN A COMPLETAR POR LA PERSONA SUPERVISORA

1

NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE CONFORMAN EL HOGAR

2

NÚMERO DE PERSONAS DE 12 AÑOS DE EDAD Y MÁS

3

NÚMERO DE PERSONAS DE 60 AÑOS DE EDAD Y MÁS

4

NÚMERO TOTAL DE MUJERES QUE CONFORMAN EL HOGAR

IDENTIFICACIÓN PERSONAL DE OFICINA

NOMBRE DEL TÉCNICO(A) DE ENCUESTAS

A

Código

FECHA: _____

NOMBRE DEL TÉCNICO(A) DE CONTROL DE CALIDAD

B

Código

FECHA: _____

NOMBRE DEL CRÍTICO(A) CODIFICADOR(A)

C

Código

FECHA: _____

NOMBRE DEL DIGITADOR(A)

D

Código

FECHA: _____