EH 2025
Encuesta de Hogares

RESUMEN DE LAS VISITAS A LA VIVIENDA:

VISITAS DEL ENCUESTADOR

VISITA	FECHA		PERSONA DE CONTACTO	RESULTADO INCIDENCIAS
	DIA	MES		
PRIMERA				
SEGUNDA				
TERCERA				
CUARTA				
RESULTADO FINAL				

INCIDENCIAS DE CAMPO:

1 ENTREVISTA COMPLETA
2 ENTREVISTA INCOMPLETA
3 TEMPORALMENTE AUSENTE
4 INFORMANTE NO CALIFICADO
5 FALTA DE CONTACTO
6 RECHAZO
7 VIVIENDA DESOCUPADA

La información solicitada en este cuestionario es confidencial y sólo se utilizará con fines estadísticos

BICENTENARIO DE BOLIVIA
ine Instituto Nacional de Estadística
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO

EH 2025
Encuesta de Hogares

SECCIÓN 1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS

PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿Cuál es el nombre y apellido de cada una de las personas que **viven habitualmente** en este hogar (empezando por el/la Jefe/a del Hogar)? NO OLVIDE REGISTRAR A LOS TEMPORALMENTE AUSENTES, NIÑOS, RECIÉN NACIDOS, ANCIANOS Y EMPLEADAS/OS DEL HOGAR CAMA ADENTRO Y SUS PARIENTES 1.1 ANOTE EL NÚMERO TOTAL DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR QUE FUERON LISTADOS **RESIDENTE HABITUAL:** **TODA PERSONA QUE HABITUALMENTE VIVE EN LA VIVIENDA O QUE ESTUVO AUSENTE POR UN PERIODO MENOR A LOS 3 MESES O QUE, SI LA PERMANENCIA ES MENOR A 3 MESES, ESTÁ DISPUESTA A FIJAR SU RESIDENCIA HABITUAL EN ESA VIVIENDA.**	2. ¿Es hombre o mujer? **1**. Hombre **2**. Mujer	3. ¿Cuántos años cumplidos tiene? **SI TIENE MENOS DE 1 AÑO ANOTE 00** **SI TIENE 98 AÑOS O MÁS ANOTE 98**	4. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento?		
				Día	**Mes**	**Año**
	1	**2**	**3**	**4**		
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

BOLIVIA
ENCUESTA DE HOGARES 2025

Cuestionario N°:	De:
.....	.....

IMPORTANTE
La información solicitada es estrictamente confidencial y su recolección está amparada por la
Ley N° 1405
1 de noviembre de 2021
Ley de Estadísticas Oficiales del Estado Plurinacional de Bolivia.

A. IDENTIFICACIÓN

1 UPM (Origen / Reemplazo): _ _ _ – _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ – _

2 UPM a trabajar: _ _ _ – _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ – _

3 Folio: _ _ _ – _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ – _ – N° Vivienda _ _ _ N° Hogar _

SELECCIONAR UPM A TRABAJAR

- ○ UPM origen.
- ○ UPM de reemplazo.
- ○ UPM Adicional.

SELECCIONAR INSTANCIA DE SELECCIÓN DE VIVIENDA:

1 Vivienda seleccionada ☐
2 Vivienda Omitida
3 Vivienda de UPM adicional
4 Vivienda de reemplazo

B. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

4 Código Comunidad / Manzana _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ – _ – Mnz: _ _ U/D/N _

5 N° Vivienda Objeto de Estudio _ _ _

6 N° Hogar _

C. GEOREFERENCIACIÓN

N° de Punto _ _ _

Latitud _ _ ° _ _ ' _ _ , _

Longitud _ _ ° _ _ ' _ _ , _

Altura _ _ _ _

Precisión _ _

Código GPS/TABLET _ – _ _ – _ _ – _ _ _ _ _ _

Nombre de la Persona:

CÓDIGO DEL INFORMANTE

☐

(Copie el "Codigo de Identificación" de la persona que informa)

D. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA

Zona/Barrio/Localidad	Calle/Avenida/KM	N° Puerta predio	Piso	N° Dpto.	N° Puerta	Teléfono	Otras referencias de localización

Lista referencial de los Idiomas oficiales de Bolivia (CPE Artículo 5 parágrafo I)

Aymara, Araona, Baure , Bésiro, Canichana, Castellano, Cavineño, Cayubaba, Chacobo, Chimán, Ese ejja, Guaraní, Guarasu'we, Guarayu, Itonama, Leco, Machajuyai-Kallawaya, Machineri, Maropa, Mojeño - Trinitario, Mojeño-Ignaciano, Moré, Mosetén, Movima, Pacawara, Puquina, Quechua, Sirionó, Tacana, Tapiete, Toromona, Uru-chipaya, Weenhayek, Yaminawa, Yuki, Yuracaré, Zamuco.

Otros idiomas

Además de estos idiomas oficiales (37), el Informante puede hablar otros, ya sea idiomas indígena originarios, o extranjeros (Ej.: inglés, portugués alemán, etc.), regístrelos también, según la frecuencia de uso del Informante.

Lista referencial de los 55 pueblos indígena originario campesino y afrobolivianos (NPIOC)

Naciones y pueblos mayoritarios

Quechua; Aymara

Naciones y pueblos indígenas minoritarios (Ley 026 del Régimen Electoral, Artículo 57 Parágrafo II)

Afroboliviano; Araona, Ayoreo, Baure, Canichana, Cavineño, Cayubaba, Chacobo, Charka Quara Qhara, Charka, Chichas, Chiquitano, Esse Ejja , Guaraní, Guarasu'we, Guarayu, Itonoma, Jalq'a, Jach'a Carangas, Killacas, Joaquiniano, Kallawaya, Leco, Lipez, Lupaca, Machineri, Maropa, Mojeño-Ignaciano, Mojeño Trinitario, Mosetén , Movima, Moré, Chuwi, Pacawara, Pakajaqi,Paunaca, Puquina, Quapaq Uma Suyu, Qhara Qhara, Quechua, Qullas, Raqaypampa, Sirionó, Sora, Tacana, Tapiete, Chimán, Toromona, Uru, Weenhayek, Yaminawa, Yampara, Yuracaré, Yuki.

SECCIÓN 1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS

PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

	5. ¿Qué parentesco tiene (...) con la Jefa o Jefe del hogar? **1.** JEFA O JEFE DEL HOGAR **2.** ESPOSA(O) O CONVIVIENTE O CONCUBINA(O) **3.** HIJA O HIJO **4.** HIJASTRA O HIJASTRO **5.** NUERA O YERNO **6.** NIETA O NIETO **7.** HERMANA O HERMANO **8.** CUÑADA O CUÑADO **9.** MADRE O PADRE **10.** SUEGRA O SUEGRO **11.** ABUELA O ABUELO **12.** OTRO PARIENTE **13.** OTRO QUE NO ES PARIENTE **14.** TRABAJADOR(A) DEL HOGAR CAMA ADENTRO Y SUS FAMILIARES	**ENCUESTADOR/A:** **INDAGUE QUIÉN ES EL ESPOSO/A O COMPAÑERO/A, PADRE/PADRASTRO O MADRE/MADRASTRA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR.** **ANOTE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE.** **SI NO SE APLICA ANOTE 00 EN LA CELDA RESPECTIVA.**			**ENCUESTADOR/A:** SI EL ENTREVISTADO ES: **1. MENOR DE 6 AÑOS O DE 60 AÑOS O MÁS DE EDAD, SIGA CON LA PREG. 6** **2. DE 6 A 59 AÑOS DE EDAD CONTINUAR CON LA PREG.7**	6. **En la presente gestión 2025** ¿**Principalmente** qué persona dedicó más horas al cuidado de (...)? **SI EL PRINCIPAL CUIDADOR ES ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ANOTAR EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA.** **SI EL PRINCIPAL CUIDADOR NO ES MIEMBRO DEL HOGAR ANOTAR LAS SIGUIENTES OPCIONES DE RESPUESTA** **21.** Otro pariente de (...) **que vive en otro hogar** (padre, madre, abuela/o,tía/o, hija/o, nieta/o) **22.** Otro que no es pariente de (...) que **vive en otro hogar** **23.** Empleada(o) CAMA AFUERA /niñera(o) **24.** Enfermera(o) **25.** Se cuida sola (o)	7. ¿Qué idiomas habla?, según el mayor uso: **ANOTE SEGÚN MAYOR USO QUE RESPONDA EL INFORMANTE** **A. NO HABLA AÚN** **B. NO PUEDE HABLAR** **REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y PASE A LA PREG. 9**			8. ¿Cuál es el primer idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez?	9. ¿Se autoidentifica con alguna nación pueblo indígena originario campesino o afroboliviano? **1.** Sí → ¿Con cuál? **2.** No		**ENCUESTADOR/A:** SI EL ENTREVISTADO ES: **1. MENOR DE 12 AÑOS DE EDAD PASE A PÁG.2, SECCION 1, PREG. 10a** **2. DE 12 AÑOS DE EDAD O MÁS CONTINÚE CON LA PREG. 10**	**PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS DE EDAD** 10. ¿Cuál es su estado civil o conyugal actual? **1.** CASADA(O) **2.** CONVIVIENTE O CONCUBINA(O) **3.** SEPARADA(O) **4.** DIVORCIADA(O) **5.** VIUDA(O) **6.** SOLTERA(O)
		Su esposa/o compañera/o	Su padre/ padrastro	Su madre/ madrastra	**REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE**	Cód.	**1°**	**2°**	**3°**	Especifique	Cód.	NPIOC	**REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE**	
	5	**5a**			**6a**	**6**	**7**			**8**	**9**		**9a**	**10**
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														

SECCIÓN 1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS
PARTE B MIGRACIÓN

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

10a. ¿Dónde nació?

1. En éste lugar
2. En otro lugar del país
3. En el exterior

EN ESTE LUGAR: HACE REFERENCIA A LA MISMA CIUDAD O MUNICIPIO EN QUE SE ESTÁ REALIZANDO LA ENCUESTA

11. ¿Dónde **vivía hace 5 años (2020)**?

1. Aquí → **ANOTE EL CÓDIGO 1 Y CONTINÚE CON LA PÁG 3,SECCIÓN 2, PREG.1**

2. En otro lugar del país → **ANOTE EL CÓDIGO 2, EL CÓDIGO DEL DEPARTAMENTO, EL NOMBRE DE LA PROVINCIA, EL DEL MUNICIPIO O CIUDAD Y CONTINÚE CON LA PREGUNTA 12**

3. En el exterior → **ANOTE EL CÓDIGO 3 Y EL NOMBRE DEL PAÍS Y CONTINÚE CON LA PREGUNTA 12**

4. Aún no había nacido (Nacidos desde el 01 de enero de **2021**) → **ANOTE EL CÓDIGO 4 Y CONTINÚE CON LA PÁG3,SECCIÓN 2, PREG. 1**

CÓDIGO DE DEPARTAMENTO

1. CHUQUISACA
2. LA PAZ
3. COCHABAMBA
4. ORURO
5. POTOSÍ
6. TARIJA
7. SANTA CRUZ
8. BENI
9. PANDO

12. ¿Cuál fue la razón por la que dejó ese lugar?

1. BÚSQUEDA DE TRABAJO
2. TRASLADO DE TRABAJO
3. EDUCACIÓN
4. SALUD
5. RAZÓN FAMILIAR
6. OTRA RAZÓN (Especifique)

13. ¿Desde qué año y mes vive aquí?

OBSERVACIONES

	10a	11					12		13	
		Cód.	Dpto.	Provincia	Municipio/Ciudad	País	Cód.	Especifique	Año	Mes
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										

SECCIÓN 2 SALUD (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)
PARTE A: SALUD GENERAL

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

1. ¿Está (...) registrada(o) o afiliada(o) a:

1. Sistema Único de Salud Universal y Gratuito (SUS)?
2. Cajas de salud (Caja Nacional de Salud/Caja de la Banca Privada/Caja Petrolera/Banca Estatal/COSSMIL/ Seguro Universitario u otras Cajas)?
3. Seguros privados?
4. Otro (Especifique)
5. Ninguno?

2. **En los últimos 12 meses**, por problemas de salud, ¿acudió o se atendió en...

A. puesto/centro/hospital de salud público?
B. cajas de salud (Caja Nacional de Salud/Caja de la Banca Privada/Caja Petrolera/Banca Estatal/COSSMIL/ Seguro Universitario u otras Cajas)?
C. consultorio/clínica/hospital de salud privados?
D. atención médica en domicilio?
E. servicios de medicina tradicional ancestral?
F. soluciones caseras?
G. farmacia sin receta médica (automedicación)?
H. otro? (especifique)

1. Si

2.No

3. En los últimos **12 meses**, ¿cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud de (...) por concepto de:

A. **Servicios médicos por consulta externa:** Por todas las visitas hechas a médicos, enfermeras, dentistas, etc. que no requirió pasar la noche en un hospital, excluyendo costo de medicinas o costos pagados por el seguro?

B. Aparatos: Aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, etc.?

C. **Internación hospitalaria:** Todos los gastos por las noches que tuvo que pasar en un hospital o clínica, incluyendo cirugía, medicamentos, alimentación, etc.?

D. Exámenes o servicio de ambulancia: Exámenes de laboratorio, como rayos X o análisis de sangre, ambulancia, etc.?

E. Medicinas: Que compró con o sin receta (no incluye las medicinas pagadas por el seguro, ni las medicinas pagadas como parte de pasar la noche en un hospital o clínica)?

SI NO PAGÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN

4. ¿Tiene (...) dificultad permanente para...

A. ver, incluso cuando usa lentes?
B. oir, incluso cuando usa audífonos?
C. caminar,subir gradas, usar brazos o manos?
D. comunicarse, aprender, concentrarse o razonar?

Si la persona es menor a 6 años indagar si la dificultad que tiene es por alguna deficiencia de función físicas, psíquicas, intelectuales y/o sensoriales, si fuera asi mantener la respuesta señalada; caso contrario, si es debido al desarrollo normal de la edad anotar 1.

OPCIONES DE RESPUESTA
1. Ninguna dificultad
2. Si, algo de dificultad
3. Si, mucha dificultad
4. No puede hacerlo

SI TODAS LAS RESPUESTAS SON 1 PASE A PREGUNTA 5A

5.¿(...) fue registrada(o) en el Sistema de Información del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (SIPRUNPCD) del Ministerio de Salud y Deportes o en el Sistema de Control de Afiliados (SICOA) del Instituto Boliviano de la Ceguera?

1. Si, con carnet SIPRUNPCD
2. Si, sin carnet SIPRUNPCD
3. Si, IBC
4. No

ENCUESTADOR/A

ANOTE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

SI LA PERSONA ENTREVISTADA ES:

1. MENOR DE 6 AÑOS, **PASE A PÁG 4, SECCIÓN 2, PREG. 15**

2. MUJER DE 6 A 12 AÑOS, **PASE A PÁG.5, SECCIÓN 3, PREG. 1**

3. MUJER ENTRE 13 Y 50 AÑOS, **PASE A PÁG. 4, SECCIÓN 2, PREG . 6**

4. MUJER DE 51 AÑOS O MÁS, **PASE A PÁG. 5, SECCIÓN 3, PREG. 1**

5. HOMBRE DE 6 O MÁS AÑOS, **PASE A PÁG. 5, SECCIÓN 3, PREG. 1**

	1°	2°	Especifique	A	B	C	D	E	F	G	H	Especifique	A Monto (Bs)	B Monto (Bs)	C Monto (Bs)	D Monto (Bs)	E Monto (Bs)	A	B	C	D		
	1			2									3					4				5	5a
01																							
02																							
03																							
04																							
05																							
06																							
07																							
08																							
09																							
10																							
11																							
12																							

SECCIÓN 2 SALUD

PARTE B: FECUNDIDAD (SÓLO PARA MUJERES ENTRE 13 Y 50 AÑOS)

SECCIÓN 2. SALUD (MENORES DE 6 AÑOS)

PARTE C: ASISTENCIA CENTRO INFANTIL

SECCIÓN 2. SALUD (MENORES DE 5 AÑOS)

PARTE D: BONO PARA NIÑOS

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	6. ¿Está o estuvo alguna vez embarazada? **1.** Si, actualmente embarazada **2.** Si, estuvo embarazada → ¿Cuántas veces? (incluyendo el actual embarazo) **3.** No → **PASE A PÁG.5, SECCIÓN 3, PREG. 1**		7. ¿Cuántas hijas e hijos nacidos vivos ha tenido? (aunque después hayan muerto) **SI NO TUVO ANOTE "00" Y PASE A PREG. 11**	8. De ellos, ¿Cuántos están vivos actualmente?	9. ¿En qué mes y año nació su última hija o hijo nacido vivo? (aunque después haya muerto) **SI NACIÓ A PARTIR DEL AÑO 2020, CONTINÚE CON LAS SIGUIENTES PREGUNTAS; CASO CONTRARIO: PASE A PREG. 11**		10. ¿Quién atendió su último parto? **1.** MÉDICO **2.** ENFERMERA **3.** AUXILIAR DE ENFERMERÍA **4.** PARTERA (O) **5.** ATENCIÓN CONJUNTA (CON MEDICINA TRADICIONAL) **6.** CONYUGE O FAMILIAR **7.** USTED MISMA **8.** OTRA PERSONA (ESPECIFIQUE)		11. **En su último embarazo**, ¿se ha inscrito al **Bono Juana Azurduy (BJA)**? **1.** Si **2.** No → **PASE A PÁG.5, SECCIÓN 3,**	12. En los **últimos 12 meses**, ¿cobró usted el **Bono Juana Azurduy** por: **A.** Controles prenatales realizados? (NO OLVIDE REGISTRAR EL NÚMERO DE CONTROLES) **B.** El parto y primer control postparto? **EL BJA PAGA POR UN MÁXIMO DE 4 CONTROLES PRENATALES Y UNA SOLA VEZ POR EL PARTO Y CONTROL POSTPARTO**			13. **En su último embarazo, ¿recibió el Subsidio Universal Prenatal por la Vida (Productos con valor de Bs 300)?** **1.** Si **2.** No → **PASE A PÁG.5, SECCIÓN 3, PREG. 1**	14. **En los últimos 12 meses**, ¿recibió el **Subsidio Universal Prenatal por la Vida (Productos con valor de Bs 300)**? **1.** Si → ¿Cuántos meses? **2.** No **EL SUBSIDIO UNIVERSAL PRENATAL POR LA VIDA SE ENTREGA A PARTIR DEL 5° MES DE EMBARAZO. VERIFIQUE QUE NO ES LO MISMO QUE EL SUBSIDIO PRENATAL O DE LACTANCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL** **PASE A PÁG.5, SECCIÓN 3, PREG. 1**		15. Durante este año, ¿(...) asiste o asistió a algún centro infantil **que no sea pre kinder ni kinder**? **1.** Sí, a un Centro Infantil Público/Fiscal o de Convenio **2.** Sí, a un Centro Infantil Privado **3.** NO ASISTE MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD **PASE A PREG. 16** 5 AÑOS DE EDAD **PASE A PÁG.5 SECCIÓN 3, PREG. 1**	16. ¿Alguna vez inscribieron a (...) al Bono Juana Azurduy? **1.** Si **2.** No → MENORES DE 4 AÑOS **PASE A PÁG 16 SECC.5, PREG.5** DE 4 AÑOS **PASE A PÁG. 5, SECCIÓN.3, PREG.1**	17. En los **últimos 12 meses**, ¿cobró usted el Bono Juana Azurduy por los controles integrales de salud de (...)? **1.** Si → ¿Cuántos controles cobró? **2.** No **EL BJA PAGA POR UN MÁXIMO DE 6 CONTROLES INTEGRALES DE SALUD EN UN AÑO** MENORES DE 4 AÑOS **PASE A PÁG 16,SECCIÓN 5, PREG. 5** DE 4 AÑOS **PASE A PÁG.5 SECCIÓN 3, PREG. 1**	
	Cód.	Nro. de veces			Mes	Año	Cód.	Especifique		A 1. Si 2. No	A Nº de Controles	B 1. Si 2. No		Cód.	Nº de meses				Cód.	Nº de controles
	6		7	8	9		10		11	12			13	14		15	16	17		
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				

EDUCACIÓN ESCOLAR

SISTEMA ANTIGUO (De 1971 a 2000)	FORMA DE ANOTAR EN EL CUESTIONARIO	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
1º Básico	21	1
2º Básico	21	2
3º Básico	21	3
4º Básico	21	4
5º Básico	21	5
1º Intermedio	22	1
2º Intermedio	22	2
3º Intermedio	22	3
1º Medio	23	1
2º Medio	23	2
3º Medio	23	3
4º Medio	23	4

SISTEMA ANTERIOR (De 2001 a 2010)	FORMA DE ANOTAR EN EL CUESTIONARIO	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
1º Primaria	31	1
2º Primaria	31	2
3º Primaria	31	3
4º Primaria	31	4
5º Primaria	31	5
6º Primaria	31	6
7º Primaria	31	7
8º Primaria	31	8
1º Secundaria	32	1
2º Secundaria	32	2
3º Secundaria	32	3
4º Secundaria	32	4

SISTEMA ACTUAL (Desde 2011)	FORMA DE ANOTAR EN EL CUESTIONARIO	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
1º Primaria	41	1
2º Primaria	41	2
3º Primaria	41	3
4º Primaria	41	4
5º Primaria	41	5
6º Primaria	41	6
1º Secundaria	42	1
2º Secundaria	42	2
3º Secundaria	42	3
4º Secundaria	42	4
5º Secundaria	42	5
6º Secundaria	42	6

EDUCACIÓN ALTERNATIVA DE JÓVENES Y ADULTOS

CURSO O GRADO	FORMA DE ANOTAR EN:	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
EJA		
1er. Año aprobado de Primaria	61	1
2do. Año aprobado de Primaria	61	2
3er. Año aprobado de Primaria	61	3
4to. Año aprobado de Primaria	61	4
5to. Año aprobado de Primaria	61	5
6to. Año aprobado de Primaria	61	6
7mo. Año aprobado de Primaria	61	7
8vo. Año aprobado de Primaria	61	8
1er. Año aprobado de Secundaria	61	9
2do. Año aprobado de Secundaria	61	10
3er. Año aprobado de Secundaria	61	11
4to. Año aprobado de Secundaria	61	12

CURSO O GRADO	FORMA DE ANOTAR EN:	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
Educ. Primaria de Jóvenes y Adultos		
Aprendizajes Elementales	62	1
Aprendizajes Avanzados	62	2
Educ. Secundaria de Jóvenes y Adultos		
Aprendizajes Aplicados	63	1
Aprendizajes Complementarios	63	2
Aprendizajes Especializados	63	3
ETA		
1er. Año aprobado	77	1
2do. Año aprobado	77	2

LICENCIATURA

SISTEMA SEMESTRAL	FORMA DE ANOTAR EN:	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
1er. Semestre aprobado	42	6
2do. Semestre aprobado	73	1
3er. Semestre aprobado	73	1
4to. Semestre aprobado	73	2
5to. Semestre aprobado	73	2
6to. Semestre aprobado	73	3
7mo. Semestre aprobado	73	3
8vo. Semestre aprobado	73	4
9no. Semestre aprobado	73	4
10mo.Semestre aprobado	73	5
Egresado	73	5
Titulado	73	8

EDUCACION INICIAL O PREESCOLAR

SISTEMA	FORMA DE ANOTAR EN:	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
1ra. Sección (Pre-Kinder)	13	1
2da. Sección (Kinder)	13	2

EDUCACION DE ADULTOS (Sistema Antiguo)

SISTEMA	FORMA DE ANOTAR EN:	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
EBA		
Inicial	51	1
Complementario	51	2
Avanzado	51	3
CEMA		
Medio Inferior	52	1
Medio Común	52	2
Medio Superior	52	3

PROGRAMA NACIONAL DE POST ALFABETIZACIÓN

SISTEMA	FORMA DE ANOTAR EN:	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
Bloque I (parte 1 y 2)	64	1
Bloque II (parte 1 y 2)	64	2

DIPLOMADO

CURSO APROBADO	FORMA DE ANOTAR EN:	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
Inicio	73	5 u 8
Aprobó	74	1
Culminó	74	8

MAESTRÍA

CURSO APROBADO	FORMA DE ANOTAR EN:	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
1er. Semestre aprobado	73	8
2do. Semestre aprobado	75	1
3er. Semestre aprobado	75	1
4to. Semestre aprobado	75	2
Egresado	75	5
Titulado	75	8

DOCTORADO

CURSO APROBADO	FORMA DE ANOTAR EN:	
	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
1er. Semestre aprobado	74	8
2do. Semestre aprobado	76	1
3er. Semestre aprobado	76	1
4to. Semestre aprobado	76	2
5to. Semestre aprobado	76	2
6to. Semestre aprobado	76	3
7to. Semestre aprobado	76	3
8vo. Semestre aprobado	76	4
Egresado	76	5
Titulado	76	8

SECCIÓN 3 EDUCACIÓN (PERSONAS DE 4 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE A: FORMACIÓN EDUCATIVA

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

1. ¿Sabe leer y escribir?

1. Si

2. No

1a. ¿Es (...) capaz de sumar o multiplicar números, ya sea en papel o mentalmente?

1. Si

2. No

2. ¿Cuál fue el **NIVEL Y CURSO** más alto de instrucción que aprobó ?

11. NINGUNO
12. CURSO DE ALFABETIZACIÓN
13. INICIAL O PRE-ESCOLAR (PRE KINDER/KINDER)

SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO
21. BÁSICO (1 A 5 AÑOS)
22. INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)
23. MEDIO (1 A 4 AÑOS)

SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR
31. PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)
32. SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)

SISTEMA ESCOLAR ACTUAL (GESTIÓN 2024)
41. PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)
42. SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)

EDUCACIÓN DE ADULTOS (Sistema Antiguo)
51. EDUCACIÓN BÁSICA DE ADULTOS (EBA)
52. CENTRO DE EDUCACIÓN MEDIA DE ADULTOS (CEMA)
61. EDUCACIÓN JUVENIL ALTERNATIVA (EJA)

EDUCACIÓN ALTERNATIVA ACTUAL (GESTIÓN 2024)
62. EDUCACIÓN PRIMARIA DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS
63. EDUCACIÓN SECUNDARIA DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS
64. PROGRAMA NACIONAL DE POST ALFABETIZACIÓN (PNP)

EDUCACIÓN ESPECIAL (GESTIÓN 2024)
65. EDUCACIÓN ESPECIAL (Personas con discapacidad) (1 a 14 años)

PASE A PREG. 4

EDUCACIÓN SUPERIOR
71. TÉCNICO MEDIO
72. TÉCNICO SUPERIOR
73. LICENCIATURA
74. DIPLOMADO
75. MAESTRÍA
76. DOCTORADO

PASE A PREG. 4

77. EDUCACIÓN TÉCNICA DE ADULTOS (ETA: TB, TA, TM)
78. OTROS CURSOS (Duración menor a 2 años)

3. Para ingresar a ese nivel, ¿Cuál fue el **NIVEL Y CURSO** anterior de educación que aprobó?

11. NINGUNO

SISTEMA ESCOLAR ANTIGUO
21. BÁSICO (1 A 5 AÑOS)
22. INTERMEDIO (1 A 3 AÑOS)
23. MEDIO (1 A 4 AÑOS)

SISTEMA ESCOLAR ANTERIOR
31. PRIMARIA (1 A 8 AÑOS)
32. SECUNDARIA (1 A 4 AÑOS)

SISTEMA ESCOLAR ACTUAL
41. PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)
42. SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)

EDUCACIÓN DE ADULTOS (Sistema Antiguo)
51. EDUCACIÓN BÁSICA DE ADULTOS (EBA)
52. CENTRO DE EDUCACIÓN MEDIA DE ADULTOS (CEMA)
61. EDUCACIÓN JUVENIL ALTERNATIVA (EJA)

EDUCACIÓN ALTERNATIVA ACTUAL
62. EDUCACIÓN PRIMARIA DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS
63. EDUCACIÓN SECUNDARIA DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS
64. PROGRAMA NACIONAL DE POST ALFABETIZACIÓN (PNP)

EDUCACIÓN ESPECIAL
65. EDUCACIÓN ESPECIAL (Personas con discapacidad) (1 a 14 años)

4. Durante este año, ¿se inscribió o matriculó en algún curso o grado de educación escolar, alternativa, especial, superior o postgrado?

1. Si

PASE A PREG. 6

2. No

5. ¿Por qué razón no se inscribió/matriculó? (Indague la razón más importante)

1. CULMINÓ SUS ESTUDIOS
2. POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE/ DISCAPACIDAD
3. POR EMBARAZO
4. POR REALIZAR LABORES DE CASA/ CUIDADO DE NIÑOS/AS
5. FALTÓ DINERO PARA COMPRAR ÚTILES,ETC.
6. POR TRABAJO O POR AYUDAR EN EL NEGOCIO/ ACTIVIDAD DE MI FAMILIA
7. NO LE CORRESPONDE POR SU EDAD
8. OTRO (Especifique)

PASE A PÁG. 6 PREG. 12a

6. ¿A qué **NIVEL Y CURSO** de educación escolar, alternativa, especial, superior o postgrado se inscribió/matriculó **este año**?

12. CURSO DE ALFABETIZACIÓN

SISTEMA ESCOLAR ACTUAL
13. INICIAL O PRE ESCOLAR (PRE- KINDER/KINDER)
41. PRIMARIA (1 A 6 AÑOS)
42. SECUNDARIA (1 A 6 AÑOS)

EDUCACIÓN ALTERNATIVA ACTUAL
62. EDUCACIÓN PRIMARIA DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS
63. EDUCACIÓN SECUNDARIA DE PERSONAS JÓVENES Y ADULTAS
64. PROGRAMA NACIONAL DE POST ALFABETIZACIÓN (PNP)

EDUCACIÓN ESPECIAL
65. EDUCACIÓN ESPECIAL (Personas con discapacidad) (1 a 14 años)

EDUCACIÓN SUPERIOR
71. TÉCNICO MEDIO
72. TÉCNICO SUPERIOR
73. LICENCIATURA
74. DIPLOMADO
75. MAESTRÍA
76. DOCTORADO
77. EDUCACIÓN TÉCNICA DE ADULTOS (ETA: TB, TA, TM)
78. OTROS CURSOS (Duración menor a 2 años)

PASE A PREG. 9

	1	1a	2		3		4	5		6	
			NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO		Cód.	Especifique	NIVEL O CICLO	CURSO O GRADO
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

SECCIÓN 3 EDUCACIÓN (PERSONAS DE 4 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE A: FORMACIÓN EDUCATIVA | **PARTE B: CAUSAS DE INASISTENCIA**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	7. En esta gestión, ¿recibió **Desayuno/Almuerzo o Merienda Escolar**?		8. ¿Recibió el **Bono Juancito Pinto** el año pasado (**2024**)?	9. El establecimiento en el que se matriculó esta gestión **2025** es:	10. Actualmente, ¿(...) pasa clases en el nivel y curso al que se matriculó esta gestión **2025**?	11. ¿Cuál es la principal razón por la que no pasa clases actualmente (ya sea presencial, semipresencial, a distancia o virtual)?		12. **Actualmente,** ¿se encuentra en periodo de vacación, descanso pedagógico o receso?	ENCUESTADOR/A
	1. Sí → ¿Cuántos meses aproximadamente? ↓ **2.** No		**1.** Sí **2.** No	**1.** Fiscal/Público/Convenio **2.** Particular/Privado	**1.** Sí, presencial **2.** Sí, semipresencial (presencial y a distancia) **3.** Sí, a distancia o virtual (clases virtuales por internet, por radio, televisión, cartillas u otros) → **PASE A PREG. 12a** **4.** No	**1.** VACACIÓN (DESCANSO PEDAGÓGICO/RECESO) **2.** CULMINÓ SUS ESTUDIOS **PASE A PREG. 12a** **3.** POR TRABAJO **4.** POR TRASLADO DE LA FAMILIA **5.** OTRO (Especifique)		**1.** Sí **2.** No	**LA PERSONA ENTREVISTADA ES:** **1.** DE 5 AÑOS DE EDAD O MÁS **PASE A LA PREG. 13** **2.** MENOR DE 5 AÑOS DE EDAD **PASE A PÁG. 16 SECC. 5, PREG. 5**
	Cód.	**N° de meses**				**Cód.**	**Especifique**		**REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE**
	7		**8**	**9**	**10**	**11**		**12**	**12a**
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									

SECCIÓN 3 EDUCACIÓN (PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS DE EDAD)
PARTE C: USO INDIVIDUAL DE TIC

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	13. ¿(....) dispone de teléfono celular para uso personal?	13a. ¿El teléfono celular puede conectarse a Internet?	14. En los **últimos 3 meses,** ¿(....) ha utilizado teléfono celular?	15. En los **últimos 3 meses**, ¿(...) ha utilizado computadora de escritorio, laptop, tablet, en **cualquier lugar**?		16. En los **últimos 3 meses**, ¿(...) **ha** utilizado Internet en **cualquier lugar**?		17.¿**Dónde** ha utilizado usted internet en los **últimos 3 meses**? (Señale las 2 más importantes)			**ENCUESTADOR/A**
	1. Si **2**. No → **PASE A PREG. 14**	**1**. Si **2**. No **3**. NO SABE	**1**. Si **2**. No	**1**. Si → **¿Con qué frecuencia?** **1**. Diariamente **2**. Algunos días a la semana **3**. Algunos días al mes **4**. Algunos días cada tres meses **2**. No		**1**. Si → **¿Con qué frecuencia?** **1**. Diariamente **2**. Algunos días a la semana **3**. Algunos días al mes **4**. Algunos días cada tres meses **2**. No → **PASE A PREG. 17a**		**1**. En el hogar **2**. En el trabajo **3**. En el establecimiento o institución educativa **4**. En el hogar de otra persona **5**. En un lugar público con acceso gratuito **6**. En un local comercial (café internet, restaurant, etc.) **7**. Otro (Especifique)			**1.** DE 7 AÑOS O MÁS **PASE A PÁG. 8, SECC. 4, PREG. 1** **2.** MENORES DE 7 AÑOS **PASE A PÁG. 16, SECC. 5, PREG. 5**
				Cód.	**Frecuencia**	**Cód.**	**Frecuencia**	**1°**	**2°**	**Especifique**	**REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE**
	13	**13a**	**14**	**15**		**16**		**17**			**17a**
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

ENCUESTADOR/A :

Al momento de preguntar por la **ACTIVIDAD PRINCIPAL** del lugar donde trabaja el informante recuerda:

Si se trata de la **ACTIVIDAD AGROPECUARIA**, es necesario conocer el nombre del producto, por ejemplo:

- CULTIVO DE PAPA
- CRÍA DE GANADO VACUNO
- CRIADERO DE TRUCHAS

Cuando se trate de instituciones de la **ADMINISTRACIÓN PÚBLICA** registrar el nombre, por ejemplo:

- GOBIERNO MUNICIPAL DE TARIJA (ALCALDÍA DE TARIJA)
- GOBERNACIÓN DE PANDO
- DISTRITAL DE EDUCACIÓN
- TRIBUNAL SUPREMO DE JUSTICIA

Al identificar las **ACTIVIDADES EDUCATIVAS,** anota el nivel de enseñanza, por ejemplo:

- EDUCACIÓN PRIMARIA
- EDUCACIÓN SUPERIOR UNIVERSITARIA
- ENSEÑANZA EN INSTITUTO DE SECRETARIADO

Al anotar las **ACTIVIDADES de TRANSPORTE,** indaga acerca del tipo de servicio que brinda, por ejemplo:

- TRANSPORTE URBANO DE PASAJEROS EN MINIBÚS
- TRANSPORTE INTERPROVINCIAL DE PASAJEROS EN BUS
- SERVICIO DE TAXI

Cuando sea una **ACTIVIDAD** dedicada al **COMERCIO**, es muy importante:

- Conocer el nombre del producto
- Saber si la venta es al por mayor o menor
- Lugar donde se realiza la venta

por ejemplo:

- VENTA DE PAPEL AL POR MAYOR EN ALMACÉN
- COMERCIO AL POR MAYOR DE TELA EN CASETA DE MERCADO
- VENDE FRUTA AL POR MAYOR EN TIENDA
- VENTA AL POR MENOR DE ZAPATOS EN TIENDA
- VENDE VERDURA AL DETALLE EN PUESTO DE MERCADO
- VENTA DE DULCES EN QUIOSCO

Si te encuentras con algún caso en el que se realizan las **ACTIVIDADES de PRODUCCIÓN/FABRICACIÓN y COMERCIO,** anota preferentemente las actividades de producción o fabricación y el producto, por ejemplo:

- FABRICACIÓN DE PAPAS FRITAS
- CONFECCIÓN DE ROPA DEPORTIVA
- EXTRACCIÓN DE ORO
- ELABORACIÓN DE PASANKALLA

SECCIÓN 4 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE A: CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. **Durante la semana pasada**, ¿trabajó al menos una hora?	2. **Durante la semana pasada**, dedicó al menos una hora a:	2a. Los cultivos agrícolas, cría de animales, caza, pesca o recolección son destinados:	3. **La semana pasada**, ¿tuvo algún empleo, negocio o empresa propia en la cual no trabajó por:	4. La **semana pasada,** ¿quería usted trabajar y estaba disponible para hacerlo?	5. Durante **las últimas cuatro semanas,** ¿buscó trabajo o hizo gestiones para establecer algún negocio propio?	6. Es usted:		7. ¿Por qué no buscó trabajo?		8. ¿Ha trabajado **alguna vez anteriormente**?
	1. Si → **PASE A PREG. 9a** **2**. No	1.¿Atender o ayudar en cultivos agrícolas, crianza de animales, caza, pesca o recolección para consumo de la familia? 2.¿Plantar, regar, abonar, deshierbar o cosechar en una huerta casera o cultivo para el consumo de su familia? 3.¿Trabajar en cultivos agrícolas, crianza de animales, caza, pesca o recolección para la venta? 4.¿Atender o ayudar en algún negocio propio o familiar? 5.¿Vender en la calle en un puesto o como ambulante? 6.¿Preparar alimentos, hilar, tejer, coser u otras actividades para la venta? 7.¿Prestar servicios a otras personas por remuneración (lavar ropa ajena, cortar cabello, dar clases particulares,etc.)? 8. ¿Realizar alguna otra actividad por la cual ganó dinero, aunque sea desde su casa? → **PASE A PREG. 9a** **9.** NINGUNA ACTIVIDAD → **PASE A PREG. 3**	**1.** la mayor parte para la venta **2.** la mayor parte para consumo de su familia → **PASE A PREG. 9a**	**1.** Vacaciones o permisos? **2.** Licencia de maternidad? **3.** Enfermedad o accidente? **4.** Falta de materiales o insumos? **5.** Temporada baja? **6.** Huelga, paro o conflicto laboral? **7.** Mal tiempo? **8.** Estar suspendido? **9.** Problemas personales o familiares? → **PASE A PREG. 9a** **10.** NINGUNO	**1**. Si **2**. No	**1**. Si → **PASE A PREG. 8** **2**. No	**1.** ¿Estudiante? **2**. ¿Jubilado, pensionista o rentista? **3**. Enfermo o persona con alguna discapacidad? **4.** ¿Ama de casa o responsable de los quehaceres y/o cuidado de los miembros del hogar? **5.** ¿Persona de edad avanzada? **6.** ¿Otro? (Especifique)		**1.** TIENE TRABAJO ASEGURADO QUE COMENZARÁ EN MENOS DE CUATRO SEMANAS **2.** BUSCÓ ANTES Y ESPERA RESPUESTA **3.** NO CREE PODER ENCONTRAR TRABAJO **4.** POR QUE ESTÁ ESTUDIANDO **5.** POR VEJEZ/ JUBILACIÓN **6.** CORTA EDAD **7.** POR ENFERMEDAD/ ACCIDENTE/ DISCAPACIDAD **8.** LABORES DE CASA/ CUIDADO DE MIEMBROS DEL HOGAR **9.** ESPERA TEMPORADA DE TRABAJO **10.** POR OTRAS CAUSAS (Especifique)		**1**. Si → **PASE A PREG. 35** **2**. No
							Cód.	Especifique	Cód.	Especifique	
	1	2	2a	3	4	5	6		7		8
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

ENCUESTADOR/A :

Al momento de preguntar por la **OCUPACIÓN PRINCIPAL** del informante, recuerda:

En las descripciones de ocupacíon, **NO SE ADMITEN** las siguientes denominaciones en forma independiente, por ejemplo:

NO SE ADMITE:	SI SE ADMITE:
• MAESTRO	• MAESTRO DE PRIMARIA
• PEÓN	• PEÓN DE INDUSTRIA, PEÓN AGRÍCOLA, PEÓN DE LA CONSTRUCCIÓN, ETC.
• ADMINISTRADOR	• ADMINISTRADOR DE HOTEL, DE EMPRESAS, DE RESTAURANTE, ETC.
• MECÁNICO	• MECÁNICO DENTAL, ELECTRICISTA DE AUTOS, ETC.
• PROMOTOR	• PROMOTOR DE SALUD, DE COSMÉTICOS, DE LIBROS, ETC.
• EMPLEADO PÚBLICO	• SECRETARIA, DIRECTOR DE ÁREA FINANCIERA, KARDIXTA, RECEPCIONISTA, ARCHIVERO, ASESOR LEGAL, ANALISTA SECTORIAL, ETC.

En las ocupaciones de **VENDEDORES**, es importante identificar el lugar donde se realiza la venta, por ejemplo:

- VENDEDOR EN TIENDA
- VENDEDOR EN ALMACÉN
- VENDEDOR EN QUIOSCO
- VENDEDOR EN PUESTO (FIJO O MÓVIL)
- VENDEDOR EN LIBRERIA

En las ocupaciones de **PROFESORES**, es importante identificar el nivel de enseñanza en la que desarrollan sus tareas, por ejemplo:

- PROFESOR DE KINDER
- PROFESORA DE PRIMARIA
- PROFESOR DE SECUNDARIA
- CATEDRÁTICO DE UNIVERSIDAD
- CATEDRÁTICA DE NORMAL
- PROFESOR DE EPA (EDUCACIÓN PRIMARIA PARA ADULTOS)

En las descripciones de ocupacíon, **NO SE ADMITEN** las siguientes denominaciones en forma independiente, por ejemplo:

En ocupaciones de **OPERADORES DE MÁQUINAS**, es importante especificar el tipo de máquina y el producto que se obtiene, por ejemplo:

- OPERADOR DE MÁQUINA LAMINADORA DE MADERA
- OPERADOR DE MÁQUINA PROCESADORA DE LECHE
- OPERADOR DE MÁQUINA MOLEDORA DE CEREALES
- OPERADOR DE MÁQUINA EMBOTELLADORA

En las ocupaciones de **TRABAJADORES AGRÍCOLAS, PECUARIOS Y AGROPECUARIOS**, es importante identificar el producto cultivado, animal que se cría, producto de recolección silvícola, etc. por ejemplo:

- AGRICULTOR DE PAPA
- CRIADOR DE CERDOS
- CRIADOR DE VACAS
- CRÍA DE PEZ
- CULTIVO DE ARROZ Y CRÍA DE CABALLOS
- EXTRACCIÓN DE MADERA EN TRONCO
- AGRICULTOR DE SOYA

En las ocupaciones de **CONDUCTORES DE VEHÍCULOS,** es importante identificar el tipo de automotor conducido, por ejemplo:

- CHOFER O CONDUCTOR DE TAXI
- CHOFER O CONDUCTOR DE MINIBÚS
- CHOFER O CONDUCTOR DE CAMIÓN
- CHOFER O CONDUCTOR DE TRACTOR
- CHOFER O CONDUCTOR DE LANCHA
- CHOFER O CONDUCTOR DE MOTONIVELADORA

SECCIÓN 4 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE B: OCUPACIÓN Y ACTIVIDAD PRINCIPAL

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	9a. Durante **la semana pasada**, ¿cuál fue su ocupación principal?	9b. ¿Qué tareas realiza o qué funciones desempeña?	10a. ¿Cuál es la actividad económica principal del establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?	10b. ¿Principalmente, qué produce, comercializa o servicio presta, el establecimiento, negocio, institución o lugar donde trabaja?	11. ¿Cuál es el nombre de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja?	11a. ¿Hace cuánto tiempo trabaja **en esta empresa, institución, negocio o lugar**?		11b. ¿Hace cuánto tiempo desempeña **esta ocupación** en esa empresa, institución, negocio o lugar?		12. En esta ocupación usted trabaja como:	13. La administración de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja es...
	ANTES DE ANOTAR LA DECLARACIÓN, TOME EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES DEL REVERSO DE LA PÁGINA ANTERIOR Y LOS SIGUIENTES EJEMPLOS:										
	EJEMPLOS DE OCUPACIÓN PRINCIPAL: AGRICULTOR DE SOYA PINTOR DE CASAS ARQUITECTO SECRETARIA PORTERA DE COLEGIO RADIOTÉCNICO LOCUTOR DE RADIO	**EJEMPLOS DE TAREAS QUE REALIZA EN ESA OCUPACIÓN:** PREPARA LA TIERRA, SEMBRAR Y COSECHAR LIJA Y PINTA INTERIORES DE CASAS DISEÑA PLANOS DE CONSTRUCCIÓN HACE CARTAS, REDACTA OFICIOS CUIDADO Y LIMPIEZA DEL COLEGIO REPARA RADIOS Y TELEVISORES CONDUCE UN PROGRAMA DE RADIO PODA, RIEGA, BARBECHA	**EJEMPLOS DE ACTIVIDAD PRINCIPAL:** CULTIVO DE SOYA PINTADO DE EXTERIORES GOBIERNO MUNICIPAL SERVICIOS JURÍDICOS EDUCACIÓN DE NIVEL SECUNDARIO REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES ESTACIÓN DE RADIO	**EJEMPLOS DE QUÉ PRODUCE, COMERCIALIZA O SERVICIO PRESTA, PRINCIPALMENTE EL LUGAR:** SOYA PINTADO DE EXTERIORES EN EDIFICACIONES SERVICIOS MUNICIPALES SERVICIOS JURÍDICOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES DIFUSIÓN DE PROGRAMAS RADIALES HOGAR PARTICULAR	**EJEMPLOS DE NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:** SIN NOMBRE ASOCIADOS S.A. GOBIERNO MUNICIPAL CONSULTORIO JURÍDICO K&G COLEGIO SANTA ROSA RADIOTÉCNICO EL CHAVO RADIO PANAMERICANA HOGAR PARTICULAR		**Periodo:** **2.** Semana **4.** Mes **8.** Año		**Periodo:** **2.** Semana **4.** Mes **8.** Año		**1.** Obrera(o)/Empleada(o) **2.** Empleador(a) socia(o) **que sí recibe** salario **3.** Trabajador(a) por cuenta propia **4.** Empleador(a) o socia(o) **que no recibe** salario **5.** Cooperativista de producción **6.** Trabajador(a) familiar sin remuneración → **PASE A PREG. 14** **7.** Aprendiz o persona en formación sin remuneración **8.** Empleada(o) del hogar → **PASE A PREG. 15**	**1.** ¿Administración Pública? **2.** ¿Empresa Pública (Estratégica)? **3.** ¿Privada (Empresa mediana o grande)? **4.** ¿Privada (Negocio familiar, micro o pequeña empresa)? **5.** ¿ONG (Organización no Gubernamental) y otras sin fines de lucro? **6.** ¿Organismos internacionales, embajadas?
						Tiempo	Periodo	Tiempo	Periodo		
	9a	**9b**	**10a**	**10b**	**11**	**11a**		**11b**		**12**	**13**
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											

SECCIÓN 4 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE B: OCUPACIÓN Y ACTIVIDAD PRINCIPAL | **PARTE C: INGRESOS DEL TRABAJADOR ASALARIADO**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

14. ¿Cuántas personas trabajan en la empresa, institución o lugar donde trabaja, incluido usted?

SI EL INFORMANTE TRABAJA SOLO, ANOTE 1

15. ¿Cuántos **días** a la **semana** trabaja **regularmente** en su ocupación?

UTILIZA EL NÚMERO 5 PARA IDENTIFICAR LOS MEDIOS DÍAS

16. ¿Cuántas **horas en promedio trabaja al día** en su ocupación?

SE ACEPTA QUE TENGA MINUTOS EN RANGOS DE 15 COMO SER: 15, 30 Y 45

ENCUESTADOR/A:

REVISE LA PREGUNTA 12 DE ESTA SECCIÓN Y ANOTE LA RESPUESTA EN LA FILA CORRESPONDIENTE

PARA ASALARIADOS:

SI RESPONDIÓ 1, 2, 8 → PREG. 17

PARA NO ASALARIADOS:

SI RESPONDIÓ 3, 4, 5 → PREG. 22

PARA TRABAJADORES NO REMUNERADOS:

SI RESPONDIÓ 6, 7 → PREG. 25

17. ¿Cuánto es su salario líquido, excluyendo los descuentos de ley (Gestora/AFP, IVA)?

Frecuencia de pago:
1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6.Trimestral
7. Semestral
8. Anual

18. Durante los **últimos 12 meses**, ¿recibió usted pagos por:

A. Bonos **laborales** o prima de producción?

B. Aguinaldo? (Incluir si recibió este beneficio de un empleo anterior)

SI NO RECIBIÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN

19. Durante los **últimos 12 meses,** ¿recibió usted pagos en efectivo por:

A. Comisiones, destajo, propinas, bonos de transporte o refrigerio?

B. Horas Extras?

SI NO RECIBIÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN

Frecuencia de pago:
1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

Frecuencia de pago:
1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

20. Durante los **últimos 12 meses,** ¿recibió usted:

A. Subsidio prenatal o de lactancia (provisto por su empleador)

(REGISTRAR EL NÚMERO DE MESES)

B. Bono de natalidad?

EL SUBSIDIO PRENATAL Y DE LACTANCIA DE LA CAJA SE PAGA MENSUALMENTE A PARTIR DEL 5º MES DE EMBARAZO HASTA LOS DOCE MESES DEL NIÑO.
EL BONO DE NATALIDAD SE PAGA UNA SOLA VEZ POR HIJO/A.

VERIFIQUE QUE NO SEA LO MISMO QUE EL SUBSIDIO PRENATAL POR LA VIDA (DE 300 BS.)

20a. En su actual ocupación, ¿ recibe o recibirá los siguientes beneficios:

A. Vacaciones?

B. Seguro de salud? (provisto por su empleador)

	14	15	16	16a	17		18		19				20			20a	
							A	B	A		B		A		B	A	B
		Días a la semana	Horas por día	REGISTRE LA RESPUESTA CORRESPONDIENTE	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	1. Si 2. No	Nº Meses	1. Si 2. No	1. Si 2. No	1. Si 2. No
01		,	:														
02		,	:														
03		,	:														
04		,	:														
05		,	:														
06		,	:														
07		,	:														
08		,	:														
09		,	:														
10		,	:														
11		,	:														
12		,	:														

PREGUNTA 17

SALARIO LÍQUIDO : Se obtiene restando al total ganado (ingreso nominal) los descuentos de ley, es decir los descuentos obligatorios y no así los descuentos por atrasos, anticipos, etc.

Aporte Laboral Descuento de Ley sobre total ganado	
(AFP´s) GESTORA :	**12.71%**
Aporte Vejez	10%
Riesgos communes	1.71%
Comisión (AFP) Gestora	0.50%
Aporte solidario	0.50%

Ejemplo:

Total ganado		**1.500**
Menos Aportes a la AFP o Gestora	191	
Total descuentos		**191**
Total Salario Líquido		**1.309**

SECCIÓN 4 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE C: INGRESOS DEL TRABAJADOR ASALARIADO

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

21. Además de los ingresos recibidos en dinero por su trabajo, en los **últimos 12 meses** ¿recibió usted...

A. Alimentos y bebidas para ser consumidos dentro o fuera del lugar de trabajo?

1. Si → **¿Con qué frecuencia?** **1.** Diario **2.** Semanal **3.** Quincenal **4.** Mensual **5.** Bimestral **6.** Trimestral **7.** Semestral **8.** Anual → Si tuviera que comprar estos alimentos en el mercado, **¿cuánto pagaría?** (Valorar en Bs)

2. No → **B.**

B. Transporte hacia y desde el lugar de su trabajo?

1. Si → **¿Con qué frecuencia?** **1.** Diario **2.** Semanal **3.** Quincenal **4.** Mensual **5.** Bimestral **6.** Trimestral **7.** Semestral **8.** Anual → Si tuviera que pagar su transporte hacia y desde su trabajo, **¿cuánto pagaría?** (Valorar en Bs)

2. No → **C.**

C. Vestidos y calzados utilizados frecuentemente tanto dentro como fuera de su lugar de trabajo?

1. Si → **¿Con qué frecuencia?** **1.** Diario **2.** Semanal **3.** Quincenal **4.** Mensual **5.** Bimestral **6.** Trimestral **7.** Semestral **8.** Anual → Si tuviera que comprar estos artículos en el mercado, **¿cuánto pagaría?** (Valorar en Bs)

2. No → **D.**

D. Vivienda o **alojamiento cedido por servicios** que pueden ser utilizados por los miembros del hogar?

1. Si → **¿Con qué frecuencia?** **1.** Diario **2.** Semanal **3.** Quincenal **4.** Mensual **5.** Bimestral **6.** Trimestral **7.** Semestral **8.** Anual → Si tuviera que pagar por la vivienda o alojamiento, **¿cuánto pagaría?** (Valorar en Bs)

2. No → **E.**

E. Otros, como servicio de guardería, instalaciones deportivas y/o recreativas?

1. Si → **¿Con qué frecuencia?** **1.** Diario **2.** Semanal **3.** Quincenal **4.** Mensual **5.** Bimestral **6.** Trimestral **7.** Semestral **8.** Anual → Si tuviera que pagar estos otros servicios, **¿cuánto pagaría?** (Valorar en Bs)

2. No → **PASE A LA PREG. 25**

	A			B			C			D			E		
	1. Si 2. No	Frecuencia	Monto (Bs)	1. Si 2. No	Frecuencia	Monto (Bs)	1. Si 2. No	Frecuencia	Monto (Bs)	1. Si 2. No	Frecuencia	Monto (Bs)	1. Si 2. No	Frecuencia	Monto (Bs)
	21														
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															

PREGUNTAS 22 y 24

INGRESO DISPONIBLE: Es el ingreso proveniente de la venta del bien, producto o servicio, una vez deducidos los costos de las materias primas y otros gastos como la mano de obra, luz, agua, alquiler, materias primas, etc. Por lo tanto se trata del ingreso disponible para uso del hogar.

Ejemplo: Trabajador por cuenta propia, productor de calzados

Ingreso Total (PREG. 22)			**3.500**
Menos compras de materias primas		**1.365**	
Cuero	900		
Hilos	50		
Suela	350		
Clavos	15		
Otros materiales	50		
Menos otros gastos		**710**	
Pago de luz	150		
Pago de agua	60		
Teléfono	50		
Alquiler del taller	450		
TOTAL GASTOS			**2.075**
Total Ingreso Disponible para el hogar (PREG. 24)			**1.425**

Ejemplo: Trabajador por cuenta propia, sastre (confección de ropa)

Ingreso Total (PREG. 22)			**2.500**
Menos compras de materias primas		**705**	
Telas	450		
Hilos	50		
Botones	140		
Agujas	15		
Otros materiales	50		
Menos otros gastos		**645**	
Pago de luz	180		
Pago de agua	60		
Teléfono	55		
Alquiler de la sastrería	350		
TOTAL GASTOS			**1.350**
Total Ingreso Disponible para el hogar (PREG. 24)			**1.150**

Ejemplo: Trabajador por cuenta propia, vendedor de dulces

Ingreso Total (PREG. 22)			**2.450**
Menos compras de materias primas		**895**	
Chicles Bazooka	80		
Dulces la estrella	75		
Dulces chupetes	120		
Galletas la Francesa	100		
Cigarrillos Camel	140		
Cigarrillos Derby	120		
Cigarrillos L & M	110		
Otros dulces	150		
TOTAL GASTOS			**895**
Total Ingreso Disponible para el hogar (PREG. 24)			**1.555**

Ejemplo: Trabajador por cuenta propia, peluquero

Ingreso Total (PREG. 22)			**2.300**
Menos compras de materias primas		**250**	
Hojas de afeitar	25		
Cremas de afeitar	75		
Otros	150		
Menos Otros gastos		**805**	
Pago de luz	195		
Pago de agua	60		
Teléfono	50		
Alquiler de peluquería	500		
TOTAL GASTOS			**1.055**
Total Ingreso Disponible para el hogar (PREG. 24)			**1.245**

SECCIÓN 4 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE D: INGRESOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

22. ¿Cuánto es su **ingreso total** en su ocupación principal?

Frecuencia de ingreso:
1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

23. Del **ingreso total declarado en la pregunta anterior**, ¿cuánto utiliza o guarda para...

SI NO PAGA NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN
(EN CASO DE EXISTIR PAGO, VERIFICAR EL MONTO Y REGISTRO DE LA FRECUENCIA)

A. Comprar materia prima, materiales o mercadería para su actividad o negocio?

B. Pagar por prestación de servicios a terceros para su actividad o negocio?

C. Pagar sueldos, salarios, bonos, gratificaciones, horas extras, Gestora (AFP) a sus empleados?

D. Pagar alquiler del local/vehículo que dispone para su actividad o negocio?

E. Pagar servicios de agua, luz, gas, teléfono o internet que usa para la actividad o negocio?

F. Pagar **cuotas regulares** por concepto de microcrédito/crédito para su actividad o negocio?

G. Pagar impuestos, sentajes?

H. Pagar cuotas a sindicatos, gremios, asociaciones?

Frecuencia de gasto:
1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

24. **Una vez descontadas todas sus obligaciones** (sueldos, salarios, compra de material, mercadería, etc.), **¿cuánto le queda para uso del hogar?**

Frecuencia de ingreso:
1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

ENCUESTADOR/A

REVISE LA PREG. 10a Y ANOTE LA RESPUESTA EN LA FILA CORRESPONDIENTE

SI LA PERSONA ENTREVISTADA REALIZA:

1. ACTIVIDAD AGRÍCOLA, CRÍA DE ANIMALES, CAZA, PESCA O RECOLECCIÓN O PRODUCTOS DERIVADOS (SOLO ALIMENTOS) **PASE A PREG. 24b**

2. OTRA ACTIVIDAD **PASE A PREG. 25**

SÓLO TRABAJADORES CON ACTIVIDAD AGRÍCOLA, CRÍA DE ANIMALES, CAZA, PESCA O RECOLECCIÓN

24b. En esta ocupación, de su producción agrícola, crianza de animales, caza, pesca, recolección, o sus productos derivados ¿destinó una parte para alimentación/consumo de su hogar?

1. Si
2. No → **PASE A LA PREG. 25**

¿Con qué frecuencia?
1. Diario **5.** Bimestral
2. Semanal **6.** Trimestral
3. Quincenal **7.** Semestral
4. Mensual **8.** Anual

Si tuviera que comprar estos productos en el mercado, **¿cuánto pagaría?** (Valorar en Bs)

	22		23																24		24a	24b		
			A.		B.		C.		D.		E.		F.		G.		H.				REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE			
	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec		1. Si 2. No	Frecuencia	Monto (Bs)
01																								
02																								
03																								
04																								
05																								
06																								
07																								
08																								
09																								
10																								
11																								
12																								

SECCIÓN 4 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)
PARTE E: OCUPACIÓN SECUNDARIA

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	25. Además de la actividad mencionada anteriormente, ¿**realizó otro trabajo durante la semana pasada**?	26. ¿Cuál es la actividad económica principal de éste **otro establecimiento, negocio, institución o lugar** donde trabaja?	27. En esta **otra ocupación** usted trabaja como:	28. La administración de la empresa, institución, negocio o lugar donde trabaja **en esta otra ocupación** es...	29. ¿Cuántos **días a la semana** trabaja **regularmente** en esta otra ocupación?	30. ¿Cuántas **horas en promedio trabaja al día** en esta otra ocupación?
	1. Si **2**. No → **PASE A LA PREG. 35**	**ANTES DE ANOTAR LA DECLARACIÓN, TOME EN CUENTA LAS RECOMENDACIONES DEL REVERSO DE LA PÁGINA ANTERIOR** **EJEMPLOS DE ACTIVIDAD PRINCIPAL:** CULTIVO DE SOYA PINTADO DE EXTERIORES GOBIERNO MUNICIPAL SERVICIOS JURÍDICOS EDUCACIÓN DE NIVEL SECUNDARIO REPARACIÓN DE RADIOS Y TELEVISORES ESTACIÓN DE RADIO HOGAR PARTICULAR	**1**. Obrera(o)/Empleada(o) **2.** Empleador(a) socia(o) que **sí recibe salario** **3**. Trabajador(a) por cuenta propia **4**. Empleador(a) o socio(a) **que no recibe** salario **5**. Cooperativista de producción **6**. Trabajador(a) familiar sin remuneración → **PASE A PREG. 29** **7.** Aprendiz o persona en formación sin remuneración **8.** Empleada(o) del hogar → **PASE A PREG. 29**	**1**. ¿Administración Pública? **2**. ¿Empresa Pública(Estratégica? **3.** ¿Privada (Empresa mediana o grande)? **4**. ¿Privada (Negocio familiar, micro o pequeña empresa)? **5. ¿**ONG (Organización no Gubernamental) y otras sin fines de lucro? **6. ¿**Organismos internacionales, embajadas?	**UTILIZA EL NÚMERO 5 PARA IDENTIFICAR LOS MEDIOS DÍAS**	**SE ACEPTA QUE TENGA MINUTOS EN RANGOS DE 15 COMO SER: 15, 30 Y 45.**
					Días a la semana	Horas por día
	25	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**
01					,	:
02					,	:
03					,	:
04					,	:
05					,	:
06					,	:
07					,	:
08					,	:
09					,	:
10					,	:
11					,	:
12					,	:

SECCIÓN 4 EMPLEO (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE F: INGRESO LABORAL DE LA OCUPACIÓN SECUNDARIA

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN

ENCUESTADOR/A:

REVISE LA PREG. 27 Y ANOTE LA RESPUESTA EN LA FILA CORRESPONDIENTE

PARA ASALARIADOS
SI RESPONDIÓ 1,2, 8 → **PREG. 31**

PARA NO ASALARIADOS
SI RESPONDIÓ 3,4,5 → **PREG. 33**

PARA TRABAJADORES NO REMUNERADOS
SI RESPONDIÓ 6,7 → **PREG. 35**

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

31. ¿Cuánto es su salario líquido en ésta **otra ocupación,** excluyendo los descuentos de ley (Gestora/AFP, IVA)?

Frecuencia de ingreso:
1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

32. Durante los **últimos 12 meses**, ha recibido:

A. ¿Pago por horas extras, bonos **laborales** o prima de producción, aguinaldo?
1. Si
2. No → **B**

B. ¿Alimentos, transporte, vestimenta? **(INGRESOS EN ESPECIE-VALORAR)**
1. Si
2. No → **C**

C. ¿Vivienda, alojamiento, otros? **(INGRESOS EN ESPECIE-VALORAR)**
1. Si
2. No → **PASE A PREG. 35**

33. ¿Cuánto es su **ingreso total** en ésta otra ocupación?

Frecuencia de ingreso:
1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

34. Una vez pagadas todas sus obligaciones (sueldos, salarios, compra de materiales, etc.), **¿cuánto le queda para uso del hogar?**

Frecuencia de ingreso:
1. Diario
2. Semanal
3. Quincenal
4. Mensual
5. Bimestral
6. Trimestral
7. Semestral
8. Anual

ENCUESTADOR/A

REVISE PREG. 26 Y ANOTE LA RESPUESTA EN LA FILA CORRESPONDIENTE

SI LA PERSONA ENTREVISTADA REALIZA:

1. ACTIVIDAD DE AGRICULTURA, CRÍA DE ANIMALES, CAZA, PESCA, SILVICULTURA O RECOLECCIÓN O PRODUCTOS DERIVADOS (SOLO ALIMENTOS) **PREG. 34b**

2. OTRA ACTIVIDAD **PASE A PREG. 35**

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE

SÓLO TRABAJADORES CON ACTIVIDAD AGRÍCOLA, CRÍA DE ANIMALES, CAZA, PESCA O RECOLECCIÓN

34b. En esta otra ocupación, de su producción agrícola, crianza de animales, caza, pesca, silvicultura, recolección o sus productos derivados, ¿destinó una parte para alimentación/consumo de su hogar?
1. Si
2. No → **PASE A LA PREG. 35**

¿Con qué frecuencia?
1. Diario **5.** Bimestral
2. Semanal **6.** Trimestral
3. Quincenal **7.** Semestral
4. Mensual **8.** Anual

Si tuviera que comprar estos productos en el mercado, **¿cuánto pagaría?** (Valorar en Bs)

35. ¿Está usted afiliada(o) a la Gestora (AFP)?
1. Si
2. No → **PASE A SECCIÓN 5**

36. Actualmente, ¿está usted aportando a la Gestora (AFP)?
1. Si
2. No → **PASE A SECCIÓN 5**

	30a	31		32 A		32 B		32 C		33		34		34a	34b			35	36
	REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	Monto (Bs)	Frec.	1. Si 2. No	Monto (Bs)	1. Si 2. No	Monto (Bs)	1. Si 2. No	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	1. Si 2. No	Frecuencia	Monto (Bs)		
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			

SECCIÓN 5 INGRESOS NO LABORALES DEL HOGAR

PARTE A: INGRESOS NO LABORALES (MONTOS MENSUALES Y ANUALES)

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	De 40 años o más de edad	De 60 años o más de edad	De 14 años o más de edad	De 7 años o más de edad	60 años o mas de edad			De 18 años o más de edad				De 18 años o más de edad		
	1. Recibe usted **ingresos (rentas) por**:							2. Además de los ingresos mencionados, recibe usted **ingresos (rentas) mensuales** por:				3. Durante los **últimos 12 meses**, ¿recibió usted: **(en montos anuales)**		
	A. ¿Jubilación (vejez)? (Excluye el monto de la renta dignidad) **(MENSUAL)**	**B.** ¿Benemérito? (Excluye el monto de la renta dignidad) **(MENSUAL)**	**C.** ¿Invalidez por accidente laboral?**(MENSUAL)**	**D.** ¿Viudez, orfandad por accidente laboral ?**(MENSUAL)**	**E.** ¿Renta Dignidad?**(MENSUAL)**		**F.** ¿Aguinaldo de la Renta Dignidad? **(ÚLTIMOS 12 MESES)**	**A.** ¿**Intereses**? (por depósitos bancarios, préstamos, etc.)	**B.** ¿Alquiler de propiedades inmuebles casas, etc.?	**C.** ¿Otras rentas? (no incluye vehículos y maquinaria pesada) (Especifique)		**A.** Alquileres de **propiedades** agrícolas?	**B.** Dividendos, utilidades empresariales o retiros de sociedades?	**C.** Alquiler de maquinaria y/o equipo? (incluye vehículos y/o motorizados)
	INDAGUE SI LA RENTA DIGNIDAD ESTÁ INCLUIDA EN EL MONTO DE LA JUBILACIÓN/RENTA DE BENEMÉRITO		**NO INCLUIR BONO PARA DISCAPACIDAD Y DE INDIGENCIA**		**1.** Si → **Monto** **2.** No → **PASE A PREG. 2**		**1.** Si **2.** No	**SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN**				**SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN**		
	SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN													
	A	B	C	D	F		G	A	B	C		A	B	C
	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Cód.	Monto (Bs)	Cód.	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Especifique	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)
	1							2				3		
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														

SECCIÓN 5 INGRESOS NO LABORALES DEL HOGAR

PARTE A: INGRESOS NO LABORALES (MONTOS ANUALES)

PARTE B: INGRESOS POR TRANSFERENCIAS

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	De 14 años o más de edad	De 7 años o más de edad	De 18 años o más de edad	De 7 años o más de edad	Todos los miembros del hogar														
	4. Además de los ingresos mencionados anteriormente, durante los **últimos 12 meses**, ¿recibió, usted…				5. En los **últimos 12 meses**, ¿recibió usted…						6. En los **últimos 12 meses**, ¿recibió usted…								
	A. Indemnización por dejar algún trabajo?	**B.** Indemnización de Seguros?	**C.** Ingresos por anticrético de propiedades inmuebles, casas, etc.?	**D.** Otros ingresos **extraordinarios** (ej. Becas de estudio, derechos de autor, marcas y patentes)?	**A.** Asistencia familiar por divorcio o separación?		**B.** Dinero de otras personas que residen en este u otro lugar del país?(Excluye ONG's, ISFLH, Juntas Vecinales,etc.)		**C.** Alimentos o regalos de otras personas que residen en este u otro lugar del país? **(VALORAR EN BS)**(Excluye ONG's, ISFLH, Juntas Vecinales,etc.)		**A. Bono** de **indigencia por ceguera** o por **discapacidad?** (En efectivo)			**B.** Otros **bonos sociales** en efectivo? (Especificar)			**C.** Otros bonos sociales **en especie**? (Especificar) **(VALORAR EN BS.)**		
	SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN				**SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN**						NO INCLUIR MONTO POR INVALIDEZ O DISCAPACIDAD LABORAL			NO INCLUIR MONTO DE: - SUBSIDIO UNIVERSAL PRENATAL POR LA VIDA - BONO JUANCITO PINTO, O - BONO JUANA AZURDUY					
					Frecuencia **2**. Semanal **3**. Quincenal **4**. Mensual **5**. Bimestral **6**. Trimestral **7**. Semestral **8**. Anual		**Frecuencia** **2**. Semanal **3**. Quincenal **4**. Mensual **5**. Bimestral **6**. Trimestral **7**. Semestral **8**. Anual		**Frecuencia** **2**. Semanal **3**. Quincenal **4**. Mensual **5**. Bimestral **6**. Trimestral **7**. Semestral **8**. Anual		**Frecuencia** **4**. Mensual **8**. Anual			**Frecuencia** **4**. Mensual **5**. Bimestral **6**. Trimestral **7**. Semestral **8**. Anual			**Frecuencia** **4**. Mensual **5**. Bimestral **6**. Trimestral **7**. Semestral **8**. Anual		
																	MENORES DE 7 AÑOS **FIN DE LA ENTREVISTA**		
											SI NO RECIBIÓ NADA, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN								
	A	B	C	D	A		B		C		A			B			C		
	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Monto (Bs)	Frec.	Especifique	Monto (Bs)	Frec.	Especifique	Monto (Bs)	Frec.	Especifique
	4				5						6								
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			

SECCIÓN 5 INGRESOS NO LABORALES DEL HOGAR

PARTE C: REMESAS (SÓLO PARA PERSONAS DE 7 AÑOS O MÁS DE EDAD)

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	7. En los **últimos 12 meses**, ¿recibió (...), dinero o encomiendas de otras personas que **residen en el exterior** del país? **1**. Si **2**. No → **PASE A PREG. 10a**	8. ¿Con que frecuencia recibió el dinero o encomiendas mencionadas? **2**. Semanal **3**. Quincenal **4**. Mensual **5**. Bimestral **6**. Trimestral **7**. Semestral **8**. Anual	9. Si recibió dinero, ¿cuál es el monto y en qué moneda lo recibió? **MONEDA** **1.** Bolivianos **2.** Euros **3.** Dólares **4.** Pesos argentinos **5.** Reales **6.** Pesos chilenos **7.** Otro (Especifique) **TOMAR EN CUENTA LA FRECUENCIA DECLARADA EN LA PREG. 8** **SI NO RECIBIÓ EN DINERO, ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE PREGUNTA 10**			9a. En los **últimos 12 meses**, principalmente, ¿a través de qué medio recibió remesas ? **1.** Bancos **2.** Empresas de remesas **3.** Encomenderos (Personas particulares, familiares, amigos, etc.) **4.** Empresas de transporte o correo **5.** Empresas que operan con criptoactivos (USDT, Bitcoin, etc)	10. Si recibió en especie, valorar en Bolivianos. **SI NO RECIBIÓ EN ESPECIE, ANOTE 00**	**ENCUESTADOR/A:** **SELECCIONE A LA PERSONA ENCARGADA DE LAS COMPRAS DEL HOGAR** **MARQUE SÓLO UN CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN CONTINÚE LA ENTREVISTA CON ESTA PERSONA EN LA SIGUIENTE SECCIÓN** **CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN** ☐☐
			Monto	Moneda	Especifique		Monto valorado	**FIN DE LA ENTREVISTA PARA LOS OTROS MIEMBROS DEL HOGAR**
	7	**8**	**9**			**9a**	**10**	**10a**
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								

SECCIÓN 6 VIVIENDA
PARTE A: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1. La vivienda es:
- **1**. Casa
- **2**. Choza/ Pahuichi
- **3**. Departamento
- **4**. Cuarto(s) o habitación(es) suelta(s)
- **5**. Vivienda improvisada o vivienda móvil
- **6**. Local no destinado para vivienda

2. La vivienda que ocupa este hogar es:
- **1.** ¿Propia y totalmente pagada?
- **2.** ¿Propia y la están pagando?
- **3**. ¿Alquilada?
- **4.** ¿En contrato Mixto (alquiler y anticrético)? → **PREG. 2b**
- **5**. ¿En contrato anticrético?
- **6**. ¿Cedida por servicios?
- **7**. ¿Prestada por parientes o amigos?
- **8**. ¿Otra? (Especifique) ..... → **PREG. 3**

2a. Si tuviese que pagar alquiler, ¿cuánto debería pagar mensualmente por concepto de alquiler de esta vivienda?

Monto (Bs) sin centavos → **PREG. 3**

2b. ¿Cuánto paga mensualmente por concepto de alquiler de esta vivienda?

SI EN EL ALQUILER SE INCLUYE EL PAGO DE (AGUA, LUZ, GAS, ETC.), CONSIDERAR SOLAMENTE EL PAGO QUE CORRESPONDE AL ALQUILER DE LA VIVIENDA.
ASIMISMO, EN CASO DE CONTRATO MIXTO, SOLO ANOTAR EL MONTO CORRESPONDIENTE AL ALQUILER.

Monto (Bs) sin centavos

3. ¿Cuál es el **material de construcción** más utilizado en las paredes de esta vivienda?
- **1**. LADRILLO/ BLOQUES DE CEMENTO/ HORMIGÓN
- **2**. ADOBE / TAPIAL
- **3**. TABIQUE/ QUINCHE
- **4**. PIEDRA
- **5**. MADERA
- **6**. CAÑA/ PALMA/ TRONCO
- **7**. OTRO (Especifique) .....

4. ¿Las paredes interiores de esta vivienda tienen revoque?
- **1**. Si
- **2**. No

5. ¿Cuál es el material de construcción más utilizado en los techos de esta vivienda?
- **1**. CALAMINA O PLANCHA
- **2**. TEJA (CEMENTO/ARCILLA/FIBROCEMENTO)
- **3**. LOSA DE HORMIGÓN ARMADO
- **4**. PAJA/CAÑA/PALMA/BARRO
- **5**. OTRO (Especifique) .....

6. ¿Cuál es el material más utilizado en los pisos de esta vivienda?
- **1**. TIERRA
- **2**. TABLÓN DE MADERA
- **3**. MACHIMBRE/PAROUET
- **4**. PISO FLOTANTE
- **5**. CEMENTO
- **6**. MOSAICO/BALDOSAS
- **7**. LADRILLO
- **8**. CERÁMICA PORCELANATO
- **9**. OTRO (Especifique) .....

6a. Durante los **últimos 12 meses**, ¿usted o alguno de los miembros de su hogar gastó dinero en: **(Monto sin centavos)**

	1. Si 2. No	Monto (Bs)
1. Reparación de techo, paredes, pisos? (incluye pintado)		
2. Reparación de servicio sanitario, tuberías, pozos?		
3. Reparaciones eléctricas y de seguridad de la vivienda?		
4. Otro? (Especifique)		

6b. Durante los **últimos 12 meses**, ¿usted o alguno de los miembros de su hogar gastó dinero en: **(Monto sin centavos)**

	1. Si 2. No	Monto (Bs)
1. Construcción y/o ampliación de cuartos?		
2. Construcción de cercas o muros		
3. Colocación de machimbre, parquet, alfombra, tapizon?		
4. Colocación de cortinas		
5. Otro? (Especifique)		

7. Principalmente, ¿el agua que usan en la vivienda, **proviene** de...
- **1.** Cañería de red dentro de la vivienda?
- **2**. Cañería de red fuera de la vivienda, pero dentro del lote o terreno?
- **3**. Pileta pública?
- **4.** Cosecha de agua de lluvia?
- **5.** Pozo excabado o perforado con bomba
- **6.** Pozo no protegido o sin bomba?
- **7.** Manantial o Vertiente protegida?
- **8.** Río/Acequia/Vertiente no protegida?
- **9.** Carro repartidor (Aguatero)?
- **10.** Otro? (Especifique) .....

→ **PREG. 9**

8. Generalmente...
¿Cuántos días a la semana tiene agua?
¿Cuántas horas al día?

8a. ¿Cuánto gastan normalmente en agua para uso del hogar al mes?

SI EN EL ALQUILER SE ENCUENTRA INCLUIDO EL PAGO DE AGUA POTABLE, EL INFORMANTE DEBERÁ ESTIMAR SÓLO EL PAGO POR ESTE SERVICIO

Monto (Bs) sin centavos

9. ¿Qué tipo de baño, servicio sanitario o letrina utilizan normalmente los miembros de su hogar?
- **1**. Baño o letrina con descarga de agua
- **2.** Letrina de pozo ciego con piso
- **3**. Pozo abierto (pozo ciego sin piso)
- **4**. Baño ecológico (seco o de compostaje) → **PREG. 11**
- **5**. Ninguno (arbusto/campo) → **PREG. 12**

10. ¿El baño, servicio sanitario o letrina **tiene desagüe...**
- **1**. A la red de alcantarillado?
- **2**. A una cámara séptica?
- **3**. A un pozo de absorción?
- **4**. A la superficie (calle/quebrada/río)?
- **5**. No sabe?

11. ¿El baño, servicio sanitario o letrina es...
- **1**. Usado sólo por su hogar?
- **2**. Compartido con otros hogares?

12. ¿Usa energía eléctrica para alumbrar esta vivienda?
- **1**. Si
- **2**. No

12a. ¿Cuánto gastan normalmente por el servicio de energía eléctrica al mes?

SI EN EL ALQUILER SE INCLUYE EL PAGO DE ENERGÍA ELÉCTRICA, EL INFORMANTE DEBERÁ ESTIMAR SÓLO EL PAGO POR ESTE SERVICIO

Monto (Bs) sin centavos

13. Habitualmente, ¿qué hace con la basura que genera el hogar?
- **1**. LA TIRA AL RIO
- **2**. LA QUEMA
- **3**. LA TIRA EN UN TERRENO BALDÍO O A LA CALLE
- **4**. LA ENTIERRA
- **5**. LA DEPOSITA EN EL BASURERO PÚBLICO O CONTENEDOR
- **6**. UTILIZA EL SERVICIO PÚBLICO DE RECOLECCIÓN (Carro Basurero)
- **7**. OTRO (Especifique) .....

13a. Habitualmente en su hogar, ¿se recicla o separa la basura?
- **1**. Si
- **2**. No → **PREG. 14**

13b. ¿Qué tipo de basura recicla o separa?
- **A**. Sólo residuos orgánicos
- **B**. Botellas, envases u otros objetos de plástico
- **C**. Papel y Cartón
- **D**. Vidrio
- **E**. Otros (Especifique) .....

14. ¿Tiene un cuarto sólo para cocinar?
- **1**. Si
- **2**. No

15. Principalmente ¿qué tipo de combustible o energía utiliza para cocinar/preparar sus alimentos?
- **1**. LEÑA
- **2**. GUANO/BOSTA O TAQUIA
- **3**. GAS LICUADO (garrafa)
- **4**. GAS POR CAÑERIA (A DOMICILIO)
- **5**. OTRO (Especifique) .....
- **6**. ELECTRICIDAD
- **7**. NO COCINA → **PREG. 16**

15a. ¿Cuánto gastan normalmente en el combustible que utiliza para cocinar al mes?

Monto (Bs) sin centavos

16. ¿Cuántos cuartos o habitaciones de esta vivienda ocupa su hogar, sin contar baño, cocina, lavandería, garaje, depósito o negocio?

Número de habitaciones

17. De estos cuartos o habitaciones, ¿cuántos usan exclusivamente para dormir?

Número de habitaciones

18. ¿El hogar dispone de línea telefónica fija?
- **1.** Si
- **2.** No

19. ¿Tiene el hogar acceso al servicio de internet en su vivienda?
- **1.** Si
- **2.** No → **PASE A LA SECCIÓN 7**

SECCIÓN 6 VIVIENDA

PARTE A: CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

20. ¿La conexión a internet es fija, móvil o de ambas?

1. **Solo fija** (la conexión solo puede realizarse en la vivienda)
2. **Solo móvil** (la conexión es mediante red móvil como celular o modem USB, por cualquiera de los miembros del hogar)

   → **PASE A LA SECCION 7**
3. **Ambas** (fija y móvil)
4. NO SABE

   → **PASE A LA SECCION 7**

21. ¿El medio de **conexión fija** es por:

1. **Cable de red** (como: fibra óptica de ENTEL, TIGO; o línea telefónica como: COTEL, COMTECO, COTAS)?
2. **Satelital** (por una antena parabólica se accede a **Internet** del Satélite **"Tupak Katari"**)?
3. **Conexión inalámbrica** (por una antena o dispositivo inalámbrico se recibe señal, como **Internet** LTE Fijo inalámbrico de VIVA WIFI) (Excluye "Tupak Katari")?
4. **Fija compartida** (entre vecinos u otros hogares)?
5. NO SABE

SECCIÓN 7 ACCESO A LA ALIMENTACIÓN EN LOS HOGARES

PARTE A: ESCALA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA BASADA EN LA EXPERIENCIA

Durante los **últimos 12 meses**, alguna vez en su hogar **por falta de dinero u otros recursos**:

1. ¿Usted o alguna persona en su hogar se ha **preocupado** por no tener suficientes alimentos para comer?
- **1.** Si
- **2.** No
- **3.** NO SABE/NO RESPONDE

2. ¿Alguna vez en su hogar no pudieron comer **alimentos saludables y nutritivos** por falta de dinero u otros recursos?
- **1.** Si
- **2.** No
- **3.** NO SABE/NO RESPONDE

3. Pensando en los últimos 12 meses, ¿alguna vez en su hogar comieron **poca variedad** de alimentos por falta de dinero u otros recursos?
- **1.** Si
- **2.** No
- **3.** NO SABE/NO RESPONDE

4. ¿Alguna vez en su hogar **dejaron de desayunar, almorzar o cenar** porque no había suficiente dinero u otros recursos?
- **1.** Si
- **2.** No
- **3.** NO SABE/NO RESPONDE

5. ¿Alguna vez en su hogar **comieron menos de lo que deberían comer** por falta de dinero u otros recursos?
- **1.** Si
- **2.** No
- **3.** NO SABE/NO RESPONDE

6. Pensando aún en los últimos 12 meses, ¿alguna vez en su hogar se quedaron **sin alimentos** por falta de dinero u otros recursos?
- **1.** Si
- **2.** No
- **3.** NO SABE/NO RESPONDE

7. ¿Alguna vez en su hogar **tuvieron hambre, pero no comieron** por falta de dinero u otros recursos?
- **1.** Si
- **2.** No
- **3.** NO SABE/NO RESPONDE

8. ¿Alguna vez en su hogar se quedaron **sin comer durante todo el día** por falta de dinero u otros recursos?
- **1.** Si
- **2.** No
- **3.** NO SABE/NO RESPONDE

SECCION 8 GASTOS
PARTE A: GASTOS EN ALIMENTACIÓN DENTRO DEL HOGAR

1. En el **último mes**, ¿en su hogar compraron, retiraron de su producción/negocio, le regalaron/donaron/otros (...)?

INDAGUE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE SON ADQUIRIDOS SOLAMENTE PARA CONSUMO DEL HOGAR, SEA POR COMPRA, AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO U OTRAS FUENTES

	Producto	1. Si 2. No	COMPRAS: 2. ¿Con qué frecuencia compra (...)? (1. Diario 2. Día por medio 3. Dos veces por semana 4. Semanal 5. Quincenal 6. Mensual 7. Trimestral 8. Semestral 9. Anual)	3. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) compra ?		4. ¿Cuánto gasta por comprar esta cantidad?	AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO: 5. ¿Con qué frecuencia retira/separa o saca (...) de lo que usted produce o vende? (1. Diario 2. Día por medio 3. Dos veces por semana 4. Semanal 5. Quincenal 6. Mensual 7. Trimestral 8. Semestral 9. Anual)	6. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) retira/separa o saca de lo que usted mismo produce o vende?		7. Si tuviera que comprar esta cantidad de (...) en el mercado, ¿cuánto pagaría?	OTRAS FUENTES: 8. ¿El hogar recibió (...) en el último mes como pago en especie, trueque, donación o regalo?	9. ¿Cuánto pagaría si tuviera que comprar esta cantidad de (...) en el mercado?
			SI NO COMPRA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 5				SI NO RETIRA/SEPARA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 8				SI NO RECIBIÓ, ANOTE 2 Y PASE A OTRO PRODUCTO	
			Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	1. Si 2. No	Valor total (Bs)
	1		2	3		4	5	6		7	8	9
1. PAN Y CEREALES												
1	Pan corriente				Unidades				Unidades			
2	Pan especial											
3	Galletas											
4	Productos de Pasteleria (torta, empanadas al horno, queques, cuñape, etc.)				Unidades				Unidades			
5	Productos de pastelería frita				Unidades				Unidades			
6	Arroz				Kilos				Kilos			
7	Maíz				Kilos				Kilos			
8	Quinua				Kilos				Kilos			
9	Fideo				Kilos				Kilos			
10	Harina (trigo, maíz, etc.)				kilos				kilos			
11	Otros cereales (Avena, cereales en hojuelas, etc.)											
2. CARNES												
12	Carne de res sin hueso (pulpa corriente/especial,lomo,cuadril,etc.)				Kilos				Kilos			
13	Carne de res con hueso (con fibras, de segunda, tercera)				Kilos				Kilos			
14	Carne de res molida (corriente/ especial)				Kilos				Kilos			
15	Carne de pollo (entero, trozado)				Kilos				Kilos			
16	Carne fresca de cerdo entero o cortes especiales				Kilos				Kilos			

EQUIVALENCIAS ENTRE UNIDADES DE MEDIDA

Unidad de medida	Factor de conversión a KILOS
1 Gramo	0,001
1 Onza	0,028
1 Libra	0,454
½ Libra	0,227
¼ Libra	0,113
1 Cuartilla	2,835
½ Cuartilla	1,418
¼ Cuartilla	0,709
1 Arroba	11,340
½ Arroba	5,670
¼ Arroba	2,835
1 Quintal	45,360
½ Quintal	22,680
¼ Quintal	11,340

CONVERSIONES/OBSERVACIONES

SECCIÓN 8 GASTOS

PARTE A: GASTOS EN ALIMENTACIÓN DENTRO DEL HOGAR

1. En el **último mes**, ¿en su hogar compraron, retiraron de su producción/negocio, le regalaron/donaron/otros (...)?

INDAGUE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE SON ADQUIRIDOS SOLAMENTE PARA EL CONSUMO DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR, SEA POR COMPRA, AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO U OTRAS FUENTES

			COMPRAS				AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO				OTRAS FUENTES	
			2. ¿Con qué frecuencia compra (...)? **1.** Diario **2.** Día por medio **3.** Dos veces por semana **4.** Semanal **5.** Quincenal **6.** Mensual **7.** Trimestral **8.** Semestral **9.** Anual	3. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) compra ?		4. ¿Cuánto gasta por comprar esta cantidad?	5. ¿Con qué frecuencia retira/separa o saca (...) de lo que usted produce o vende? **1.** Diario **2.** Día por medio **3.** Dos veces por semana **4.** Semanal **5.** Quincenal **6.** Mensual **7.** Trimestral **8.** Semestral **9.** Anual	6. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) retira/separa o saca de lo que usted mismo produce o vende?		7. Si tuviera que comprar esa cantidad de (...) en el mercado, ¿cuánto pagaría?	8. ¿El hogar recibió (...) en el último mes como pago en especie, trueque, donación o regalo?	9. ¿Cuánto pagaría si tuviera que comprar esa cantidad de (...) en el mercado?
			SI NO COMPRA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 5				SI NO RETIRA/SEPARA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 8				SI NO RECIBIÓ, ANOTE 2 Y PASE A OTRO PRODUCTO	
	Producto	**1.** Si **2.** No	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	**1.** Si **2.** No	Valor total (Bs)
	1		**2**	**3**		**4**	**5**	**6**		**7**	**8**	**9**
17	Carne fresca de ganado ovino por piezas (cordero)											
18	Carne de llama fresca (no incluir charque)				Kilos				Kilos			
19	Embutidos (salchicha, chorizo, carnes frías, etc.)				Kilos				Kilos			
20	Menudencias res,cordero, cerdo,pollo (hígado, corazón, cabeza, etc.)											
21	Charque, chalona (de cualquier animal)											
3. PESCADO												
22	Pescados frescos (sábalo, pejerrey, trucha, surubí, pacú, etc.)				Libras				Libras			
23	Pescados y alimentos marinos en conserva frescos o procesados (sardina, atún, etc.)											
4. LECHE, QUESO Y HUEVOS												
24	Leche líquida				Litros				Litros			
25	Leche en polvo				Kilos				Kilos			
26	Yogurt				Litros				Litros			
27	Otros productos Lacteos											
28	Quesos				Kilos				Kilos			
29	Productos lácteos no de leche de vaca (leche de Soya)				Litros				Litros			
30	Huevos				Unidades				Unidades			
5. ACEITE Y GRASAS												
31	Aceite comestible/Aceite a granel				Litros				Litros			

CONVERSIONES/OBSERVACIONES

EQUIVALENCIAS ENTRE UNIDADES DE MEDIDA

Unidad de medida	Factor de conversión a GRAMOS
1 Onza	28,35
1 Libra	453,59
½ Libra	226,80
¼ Libra	113,40
1 Cuartilla	2834,96
½ Cuartilla	1417,48
¼ Cuartilla	708,74
1 Kilo	1000
½ Kilo	500
¼ Kilo	250
1 Arroba	11340
½ Arroba	5670
¼ Arroba	2835

SECCIÓN 8 GASTOS
PARTE A: GASTOS EN ALIMENTACIÓN DENTRO DEL HOGAR

1. En el **último mes**, ¿en su hogar compraron, retiraron de su producción/negocio, le regalaron/donaron/otros (...)?

INDAGUE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE SON ADQUIRIDOS SOLAMENTE PARA EL CONSUMO DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR, SEA POR COMPRA, AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO U OTRAS FUENTES

			COMPRAS				AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO				OTRAS FUENTES	
			2. ¿Con qué frecuencia compra (...)? **1**. Diario **2**. Día por medio **3**. Dos veces por semana **4**. Semanal **5**. Quincenal **6**. Mensual **7**. Trimestral **8**. Semestral **9**. Anual	3. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) compra ?		4. ¿Cuánto gasta por comprar esta cantidad?	5. ¿Con qué frecuencia retira/separa o saca (...) de lo que usted produce o vende? **1**. Diario **2**. Día por medio **3**. Dos veces por semana **4**. Semanal **5**. Quincenal **6**. Mensual **7**. Trimestral **8**. Semestral **9**. Anual	6. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) retira/separa o saca de lo que usted mismo produce o vende?		7. Si tuviera que comprar esa cantidad de (...) en el mercado, ¿cuánto pagaría?	8. ¿El hogar recibió (...) en el último mes como pago en especie, trueque, donación o regalo?	9. ¿Cuánto pagaría si tuviera que comprar esa cantidad de (...) en el mercado?
			SI NO COMPRA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 5				SI NO RETIRA/SEPARA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 8				SI NO RECIBIÓ, ANOTE 2 Y PASE A OTRO PRODUCTO	
	Producto	**1.** Si **2.** No	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	**1.** Si **2.** No	Valor total (Bs)
	1		**2**	**3**		**4**	**5**	**6**		**7**	**8**	**9**
32	Mantequilla				Gramos				Gramos			
33	Manteca, margarina				Kilos				Kilos			
6. FRUTAS												
34	Plátano				Unidades				Unidades			
35	Manzana				Unidades				Unidades			
36	Papaya				Unidades				Unidades			
37	Mandarina				Unidades				Unidades			
38	Naranja				Unidades				Unidades			
39	Uva				Libras				Libras			
40	Durazno				Unidades				Unidades			
41	Sandia				Libras				Libras			
42	Otras frutas, piña, limón, mango, pera, incluso enlatados, etc.											
7. HORTALIZAS, LEGUMBRES Y OTROS VEGETALES												
43	Tomate				Libras				Libras			
44	Cebolla				Libras				Libras			
45	Zanahoria				Libras				Libras			
46	Lechuga				Unidades				Unidades			
47	Choclo				Unidades				Unidades			
48	Otras verduras(zapallo, vainitas, pimentón, etc.)											

EQUIVALENCIAS ENTRE UNIDADES DE MEDIDA

Unidad de medida	Factor de conversión a LIBRAS
1 Gramo	0,002
1 Onza	0,062
1 Kilo	2,205
½ Kilo	1,102
¼ Kilo	0,551
1 Cuartilla	6,250
½ Cuartilla	3,125
¼ Cuartilla	1,563
1 Arroba	25,000
½ Arroba	12,500
¼ Arroba	6,250
1 Quintal	100,000
½ Quintal	50,000
¼ Quintal	25,000

CONVERSIONES/OBSERVACIONES

SECCIÓN 8 GASTOS
PARTE A: GASTOS EN ALIMENTACIÓN DENTRO DEL HOGAR

1. En el **último mes**, ¿en su hogar compraron, retiraron de su producción/negocio, le regalaron/donaron/otros (...)?

INDAGUE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE SON ADQUIRIDOS SOLAMENTE PARA EL CONSUMO DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR, SEA POR COMPRA, AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO U OTRAS FUENTES

COMPRAS

2. ¿Con qué frecuencia compra (...)?
   1. Diario
   2. Día por medio
   3. Dos veces por semana
   4. Semanal
   5. Quincenal
   6. Mensual
   7. Trimestral
   8. Semestral
   9. Anual

3. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) compra ?

4. ¿Cuánto gasta por comprar esta cantidad?

SI NO COMPRA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 5

AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO

5. ¿Con qué frecuencia retira/separa o saca (...) de lo que usted produce o vende?
   1. Diario
   2. Día por medio
   3. Dos veces por semana
   4. Semanal
   5. Quincenal
   6. Mensual
   7. Trimestral
   8. Semestral
   9. Anual

6. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) retira/separa o saca de lo que usted mismo produce o vende?

7. Si tuviera que comprar esa cantidad de (...) en el mercado, ¿cuánto pagaría?

SI NO RETIRA/SEPARA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 8

OTRAS FUENTES

8. ¿El hogar recibió (...) en el último mes como pago en especie, trueque, donación o regalo?

9. ¿Cuánto pagaría si tuviera que comprar esa cantidad de (...) en el mercado?

SI NO RECIBIÓ, ANOTE 2 Y PASE A OTRO PRODUCTO

EQUIVALENCIAS ENTRE UNIDADES DE MEDIDA

Unidad de medida	Factor de conversión a LITROS
1 Centímetro cúbico	0,001
1 Mililitro	0,001
1 Galón	3,785
½ Galón	1,893
¼ Galón	0,946
1 Onza Fluida	0,030
½ Onza Fluida	0,015
¼ Onza Fluida	0,007

	Producto	1. Si 2. No	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	1. Si 2. No	Valor total (Bs)	CONVERSIONES/OBSERVACIONES
	1		2	3		4	5	6		7	8	9	
49	Conjunto de verduras picadas/surtido de legumbres en bolsa												
50	Papa				Kilos				Kilos				
51	Yuca/mandioca				Kilos				Kilos				
52	Tuberculos secos (chuño, tunta)				Kilos				Kilos				
53	Legumbres secas (frejol/poroto)				Kilos				Kilos				
54	Lenteja				Kilos				Kilos				
55	Maní				Libra				Libra				
56	Productos preparados, procesados (chuño remojado, maní molido, arveja en lata, etc.)												
57	Otros productos oleaginosas.(chia, amaranto, aceitunas, soya,etc.)												
	8. AZÚCAR, MERMELADA, MIEL, CHOCOLATES Y DULCES DE AZÚCAR												
58	Azúcar granulada				Kilos				Kilos				
59	Mermeladas y jaleas				Litro				Litro				
60	Miel de abeja, miel de caña				Gramos				Gramos				
61	Chocolates				Unidad				Unidad				
62	Caramelos/dulces, gomas de mascar				Unidad				Unidad				
63	Endulsantes artificiales, variedad de edulcorantes, chancaca, etc.												

SECCIÓN 8 GASTOS
PARTE A: GASTOS EN ALIMENTACIÓN DENTRO DEL HOGAR

1. En el **último mes**, ¿en su hogar compraron, retiraron de su producción/negocio, le regalaron/donaron/otros (...)?

INDAGUE SOBRE LOS ALIMENTOS QUE SON ADQUIRIDOS SOLAMENTE PARA EL CONSUMO DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR, SEA POR COMPRA, AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO U OTRAS FUENTES

			COMPRAS				AUTOCONSUMO/AUTOSUMINISTRO				OTRAS FUENTES	
			2. ¿Con qué frecuencia compra (...)? **1**. Diario **2**. Día por medio **3**. Dos veces por semana **4**. Semanal **5**. Quincenal **6**. Mensual **7**. Trimestral **8**. Semestral **9**. Anual	3. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) compra ?		4. ¿Cuánto gasta por comprar esta cantidad?	5. ¿Con qué frecuencia retira/separa o saca (...) de lo que usted produce o vende? **1**. Diario **2**. Día por medio **3**. Dos veces por semana **4**. Semanal **5**. Quincenal **6**. Mensual **7**. Trimestral **8**. Semestral **9**. Anual	6. Generalmente, ¿qué cantidad de (...) retira/separa o saca de lo que usted mismo produce o vende?		7. Si tuviera que comprar esa cantidad de (...) en el mercado, ¿cuánto pagaría?	8. ¿El hogar recibió (...) en el último mes como pago en especie, trueque, donación o regalo?	9. ¿Cuánto pagaría si tuviera que comprar esa cantidad de (....) en el mercado?
			SI NO COMPRA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 5				SI NO RETIRA/SEPARA, ANOTE 00 Y PASE A PREG. 8				SI NO RECIBIÓ, ANOTE 2 Y PASE A OTRO PRODUCTO	
	Producto	**1.** Si **2.** No	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	Frecuencia	Cantidad	Unidad de medida	Valor total (Bs)	**1.** Si **2.** No	Valor total (Bs)
	1		**2**	**3**		**4**	**5**	**6**		**7**	**8**	**9**
9. PRODUCTOS ALIMENTICIOS n.e.p.												
64	Sal				Kilos				Kilos			
65	Ají en vaina seco				Libra				Libra			
66	Especias, salsas, condimentos, aderezos y similares											
10. CAFÉ, TÉ, CACAO, COCA												
67	Café				Gramos				Gramos			
68	Té											
69	Hoja de coca				Gramos				Gramos			
70	Polvos a base de chocolate (Toddy, Chocolike, etc.)				Gramos				Gramos			
71	Hierbas naturales (manzanilla, eucalipto, boldo, cedrón, etc.)											
11. AGUAS, REFRESCOS, JUGOS DE FRUTAS Y LEGUMBRES												
72	Bebida Gaseosa en botella/lata				Litro				Litro			
73	Jugos de frutas y hortalizas en vaso, jugos en botella y/o cartón, energizantes											
74	Agua natural envasada(solo para consumo de su hogar)				Litro				Litro			
12. BEBIDAS ALCOHÓLICAS, TABACO												
75	Vino, cerveza, destilados (singani, wisky), tabaco(cigarrillos), etc.											

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 8 GASTOS
PARTE B: GASTOS DEL HOGAR

10. Durante el último mes, en su hogar cuánto gastaron en:

SI NO GASTÓ NADA ANOTE 00

	Valor total (Bs)
10	
REGISTRAR EL GASTO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR EN CADA UNO DE LOS BIENES/SERVICIOS ADQUIRIDOS POR COMPRA, INDEPENDIENTE SI ESTOS FUERON PAGADOS O NO	
ARTÍCULOS DE LIMPIEZA DEL HOGAR **1.** Artículos de limpieza del hogar (detergentes, escobas, servilletas, focos, velas, fósforos, ceras, etc.)	
SERVICIOS DE TRANSPORTE PÚBLICO **2.** Transporte urbano (micro, taxi, trufi, minibús) (no incluir si el vehículo es para uso laboral)	
SERVICIOS Y ARTÍCULOS DE ESPARCIMIENTO Y CULTURA **3.** Periódicos, libros y revistas	
4. Espectáculos (museos, cine, teatro, conciertos, fútbol, alquiler de canchas, etc.)	
5. Discos Compactos (CD), Cassetes, DVD, VCD, videos/Blue Ray	
ARTÍCULOS Y SERVICIOS DE USO PERSONAL **6.** Artículos de limpieza personal (jaboncillo, pasta dental, champú, cepillo, etc.)	
7. Toallas higiénicas, pañales desechables, etc.	
8. Servicios personales (peluquería, barbería, lustrado de calzados, etc.)	
SERVICIO DOMÉSTICO **9.** Sueldo o pago empleada(o) doméstica(o), chofer, jardinero, lavandera, etc.	
GASTOS MENSUALES EN EDUCACIÓN **10.** Pensión escolar, universitaria o cuotas regulares	
11. Transporte público o privado al centro educativo (no incluir si el vehículo es para uso laboral)	
12. Fotocopias, refrigerio o recreo, otros gastos mensuales en Educación	
ALIMENTOS Y BEBIDAS CONSUMIDOS FUERA DEL HOGAR	
REGISTRAR EL GASTO FUERA DEL HOGAR REALIZADO POR TODOS LOS MIEMBROS EN CADA BIEN/SERVICIO ADQUIRIDO POR COMPRA, INDEPENDIENTE SI ESTOS FUERON PAGADOS O NO	
13. Desayunos fuera del hogar(no incluir si es de su negocio o trabajo)	
14. Té (meriendas, snacks,etc.)(no incluir si es de su negocio o trabajo)	
15. Cenas fuera del hogar (no incluir si es de su negocio o trabajo)	
16. Almuerzos fuera del hogar (no incluir si es de su negocio o trabajo)	
17. Helados, caramelos y/o golosinas (no incluir si es de su negocio o trabajo)	
18. Sandwiches, hamburguesas, pollos broaster, pizzas, hot dogs, salteñas, empanadas, **comida rápida para llevar, o a domicilio o al paso** (no incluir si es de su negocio o trabajo)	
19. Cerveza y/u otras bebidas alcohólicas/cigarrillos (no incluir si es de su negocio o trabajo)	
20. Refrescos, sodas, jugos en sachet, botellas, lata y/o cartón (no incluir si es de su negocio o trabajo)	

OTROS GASTOS MENSUALES	**Valor total (Bs)**
21. Transferencias en efectivo a otros hogares (mesadas, asistencia familiar u otros)	
22. Guarderías infantiles, parvularios, niditos	
23. Combustible y lubricantes para su automóvil y/o motocicleta	
24. Servicio telefónico celular	
25. Servicios de Internet domiciliario	
26. Servicios de Internet usados fuera del hogar	
27. Servicios de televisión por cable	
28. Servicios de telefonía fija	

11. Durante los últimos 3 meses, en su hogar cuánto gastaron en:

SI NO GASTÓ NADA ANOTE 00

	Valor total (Bs)
11	
COMUNICACIONES **1.** Comunicaciones (cartas, courrier, encomiendas)	
VESTIDOS Y CALZADOS **2.** Ropa y calzado para niños y niñas (no incluir uniformes escolares)	
3. Ropa y calzado para mujer	
4. Ropa y calzado para hombre	
5. Accesorios de vestir (carteras, sombreros, billeteras)	
6. Productos para confección de vestimentas (telas, hilados, lana)	
ARTÍCULOS TEXTILES Y PLÁSTICOS **7.** Artículos textiles y de plástico para el hogar (tapices, manteles, frazadas, cortinas, baldes, bañadores, etc.)	
SERVICIOS A HOGARES **8.** Servicios a hogares (sastrería, limpieza en seco, reparaciones de calzados, de ropa, etc.)	

12. Durante los últimos 6 meses, en su hogar cuánto gastaron en:

SI NO GASTÓ NADA ANOTE 00

	Valor total (Bs)
12	
GASTOS RELACIONADOS CON EDUCACIÓN **1.** Matricula universitaria	
REPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS **2.** Servicio y mantenimiento del vehículo propio/motocicleta (no incluir si el vehículo/motocicleta es para uso laboral)	
PRODUCTOS CONEXOS A LOS ANIMALES DOMESTICOS **3.** Alimento para animales, consulta veterinaria, vacunas, curaciones, servicio para el cuidado de la mascota (baño, peluquería).	

13. Durante los últimos 12 meses, en su hogar cuánto gastaron en:

SI NO GASTÓ NADA ANOTE 00

	Valor total (Bs)
REGISTRAR EL GASTO DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR EN CADA UNO DE LOS GRUPOS DE BIENES/SERVICIOS ADQUIRIDOS POR COMPRA , INDEPENDIENTE SI ESTOS FUERON PAGADOS O NO	
EQUIPAMIENTO DEL HOGAR **1.** Compra de muebles para el hogar	
2. Vajilla, menaje y utensilios	
3. Electrodomésticos	
JOYERIA, BISUTERIA Y RELOJERIA **4.** Joyería, relojes, aretes, cadenas, prendedores, etc.	
ARTÍCULOS DE DISTRACCIÓN **5.** Juguetes	
GASTOS FINANCIEROS **6.** Cuotas de pago de préstamos hipotecarios (casa, auto).	
7. Cuotas de pago por créditos de consumo (compra de electrodomésticos, TV, etc)	
8. Cuotas de pago de tarjetas de crédito (incluya solo cuotas por servicio, emisión o mantenimiento)	
GASTOS ANUALES EN EDUCACIÓN **9.** Otras matrículas anuales	
10. Uniformes anuales	
11. Textos y útiles anuales	
12. Aportes o contribuciones a la directiva de padres de familia, a la infraestructura del establecimiento o a pagos de maestros anuales	
13. Otros gastos anuales relacionados con la gestión escolar o universitaria? (clases particulares, seminarios, etc.)	
OTROS GASTOS ANUALES	
14. Transporte interprovincial/interdepartamental (minibús, flota, avión, etc.) o transporte de mudanza o traslado	
15. Turismo (gastos de transporte y hospedaje, nacional e internacional) (no incluir viajes por trabajo)	
16. Seguros/Primas de los seguros voluntarios o planes de salud pre-pagados	
17. Impuestos de vehículos (no incluir si el vehículo es de su negocio)	
18. Impuesto de Bienes inmuebles (de gestiones anteriores)	
19. Gastos legales y en seguros (otros impuestos, minutas,firmas,etc.)	
20. Misceláneos (ceremonias de bautizo, matrimonio, graduación, religiosas, funerales, caridad y donaciones)	
21. Compra de animales domésticos/mascotas (no incluir animales para consumo, venta o negocio)	

SECCIÓN 8 GASTOS
PARTE C: EQUIPAMIENTO DEL HOGAR

	1. ¿El hogar tiene, posee o dispone...	**1**. Si **2**. No	2. ¿Cuántos/as (...) posee o tiene el hogar?	3. ¿Hace cuántos años posee, tiene o compró (...)?	4. ¿Cuánto pagó por el/la (...)?	
				SI EL HOGAR POSEE MÁS DE UNO/A, PREGUNTE POR **EL ÚLTIMO** SI POSEE EL BIEN POR MENOS DE UN AÑO, **ANOTE 1.**	SI FUE HERENCIA O REGALO, **ANOTE 00** SI EL HOGAR TIENE MÁS DE UNO/A, PREGUNTE POR **EL ÚLTIMO**	
			Número	Años	Monto (Bs)	
	1		**2**	**3**	**4**	**OBSERVACIONES**
1	Juego de living (completo)?					
2	Juego de comedor (completo)?					
3	Cocina (a gas, eléctrica, etc.), horno?					
4	Horno microondas/microondas/freidoras de aire?					
5	Refrigerador/freezer congeladora?					
6	Aire acondicionado/estufa o calefón/ventilador?					
7	Computadora de escritorio, laptop, notebook?					
8	Tablet?					
9	Teléfono celular?					
10	Radio, radiograbador?					
11	Minicomponente o equipo de sonido?					
12	Televisor CRT antiguo?					
13	Televisor Plasma, LCD,LED (pantalla plana, sin conectividad a internet)?					
14	Televisor SMART o ANDROID (pantalla plana, con conectividad a internet)?					
15	Lavadora y/o secadora de ropa?					
16	Bicicleta (para uso del hogar)?					
17	Motocicleta (para uso del hogar)?					
18	Automóvil (para uso del hogar)?					

SELECCIÓN DEL MIEMBRO DEL HOGAR A ENCUESTAR

CÓDIGO	1. REGISTRE A LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE 15 AÑOS O MÁS
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

ENCUESTADOR: APLIQUE LA TABLA DE KISH

2. NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR DE 15 AÑOS O MÁS	3. PENÚLTIMO DÍGITO DEL NÚMERO DE FOLIO (DATO DE CARÁTULA)

4. TABLA DE KISH PARA LA SELECCIÓN DE UNA PERSONA POR HOGAR

NÚMERO DE MIEMBROS DEL HOGAR DE 15 AÑOS O MÁS	PENÚLTIMO DÍGITO DEL FOLIO (DATO DE CARÁTULA)									
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2
3	1	3	3	2	2	3	1	1	1	3
4	2	3	1	3	1	2	4	3	2	4
5	5	4	3	1	4	5	2	5	3	5
6	4	3	1	6	4	1	1	5	3	4
7	1	7	6	3	3	2	5	7	4	3
8	5	6	8	3	1	8	7	3	4	2
9	7	6	9	4	8	5	2	7	6	3
10	2	4	7	9	10	1	6	3	5	8
11	10	3	9	5	4	6	1	2	8	7
12	5	4	6	2	8	2	3	12	1	9
13	12	3	13	6	7	10	5	11	12	9
14	6	12	14	5	10	14	2	1	13	4
15	7	8	10	14	11	3	7	13	15	1

5. RESULTADO DE KISH

CÓDIGO

6. RESULTADO PERSONA SELECCIONADA

ORIGINAL — COD. IDENTIF.

REEMPLAZO — COD. IDENTIF.

7. NOMBRE DE LA PERSONA SELECCIONADA:

8. CÓDIGO IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA:

SECCIÓN 9. DISCRIMINACIÓN Y SEGURIDAD CIUDADANA
(PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS DE EDAD)

PARTE A: RACISMO Y DISCRIMINACIÓN

Sus respuestas a esta sección serán tratadas en forma estrictamente confidencial. Ninguna información que brinde permitirá identificarla(o) a usted.

1. En los últimos **12 meses**, ¿**ha sufrido actos de racismo y/o discriminacion** por los siguientes motivos (...)?:

1. Si
2. No
3. Prefiere no decirlo
4. No sabe

Racismo

- **A.** color de la piel
- **B.** pertenencia a nación pueblo indígena originario campesino o afroboliviano
- **C.** procedencia regional o nacionalidad extranjera

Discriminación

- **D.** orientación sexual e identidad de género
- **E.** edad
- **F.** sexo (hombre, mujer)
- **G.** idioma
- **H.** vestimenta
- **I.** discapacidad
- **J.** religión
- **K.** condición económica o social (pobre, rico)
- **L.** otro motivo (Especifique) .....

SI RESPONDIÓ 2, 4 A TODOS LOS MOTIVOS, CONTINÚE CON LA PARTE B
SI RESPONDIÓ 1, 3 AL MENOS A UN MOTIVO, CONTINÚE CON LA PREG. 2

2. ¿Presentó una denuncia formal contra el(la) agresor(a) o infractor(a)?

1. Si
2. No → **PASE A LA PREG.5**

3. ¿Acudió para realizar la denuncia formal a ...

1. Si
2. No

- **A.** la Policía Boliviana, Ministerio Público o Fiscalía ?
- **B.** Defensorías ?
- **C.** Entidades Públicas? (Excluye Policía Boliviana,**Ministerio Público o Fiscalía** y/o Defensorías)
- **D.** Entidades Privadas?
- **E.** Otros ? (Especifique).....

4. ¿Hubo sanción para el(la) agresor(a) o infractor(a)?

1. Si
2. No
3. La denuncia esta en proceso
4. Otro (Especifique) .....
5. No sabe

→ **PASE A PARTE B.**

5. ¿No presentó una denuncia formal ...

1. Si
2. No

- **A.** por vergüenza?
- **B.** porque no quería que se sepa?
- **C.** por miedo?
- **D.** porque se trató de un hecho sin importancia?
- **E.** porque no sabía que podía denunciar?
- **F.** porque no sabía dónde denunciar?
- **G.** porque no cree en la justicia?
- **H.** otro? (Especifique) .....

PARTE B: SEGURIDAD CIUDADANA

1. ¿Qué tan segura(o) se siente caminando sola(o) cerca de su vivienda cuando es de noche?

1. Muy Inseguro
2. Inseguro
3. Seguro
4. Muy Seguro

2. En los últimos **12 meses**, ¿ha sido víctima de (...)?:

1. robo o hurto, asalto o atraco de algún objeto (celular, billetera u otro) en la vía pública
2. robo o hurto en su vivienda o negocio
3. robo de vehículo o accesorios
4. estafa o abuso de confianza
5. agresiones o lesiones, leves graves o gravísimas ocasionadas por una persona ajena a la familia
6. violencia familiar o domestica
7. otros hechos delictivos (Especifique) .....
8. ninguno

1°	2°

REGISTRE LOS DOS SUCESOS MÁS RELEVANTES

SI RESPONDIÓ DEL 1 AL 7, CONTINÚE CON LA PREG.3
SI RESPONDIÓ LA OPCIÓN 8 PASE A LA PREG.4

3.¿Presentó/realizó una denuncia formal a instancias correspondientes (Policía, Ministerio Público, etc.)?

1. Si
2. No

4. ¿Cuánta confianza le inspira la **Policía Boliviana**?

1. Mucha confianza
2. Algo de Confianza
3. Algo de desconfianza
4. Mucha desconfianza
5. No sabe /no responde