

300. EDUCACIÓN (Para las personas de 3 años y más de edad)

| | | |
|------------|----------|---------------|
| Persona N° | Nombre : | Informante N° |
|------------|----------|---------------|

300A. ¿CUÁL ES EL IDIOMA O LENGUA MATERNA QUE APRENDIÓ EN SU NIÑEZ:

- Quechua?..... 1
 Aymara?..... 2
 Otra lengua nativa? 3
 (Especifique)
- Castellano? 4
 Inglés? 5
 Portugués? 6
 Otra lengua extranjera? 7
 (Especifique)
 Es sordo mudo 8

301. ¿CUÁL ES EL ÚLTIMO AÑO O GRADO DE ESTUDIOS Y NIVEL QUE APROBÓ?

| | AÑO | GRADO | CENTRO DE ESTUDIOS | |
|--|-----|-------|--------------------|------------|
| | | | ESTATAL | NO ESTATAL |
| Sin nivel 1 | | | | |
| Educación inicial 2 | | | 1 | 2 |
| Primaria incompleta 3 | | | 1 | 2 |
| Primaria completa 4 | | | 1 | 2 |
| Secund. incompleta . 5 | | | 1 | 2 |
| Secund. completa 6 | | | 1 | 2 |
| Sup. no universitaria incompleta 7 | | | 1 | 2 |
| Sup. no universitaria completa 8 | | | 1 | 2 |
| Sup. universitaria incompleta 9 | | | 1 | 2 |
| Sup. universitaria completa 10 | | | 1 | 2 |
| Posgrado 11 | | | 1 | 2 |

PASE A 303

302. ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

- Sí 1
 No 2

302A. EN EL PRESENTE AÑO, ¿RECIBIÓ:

| | Sí | No | ¿Quién le dio? |
|-------------------------------------|----|----|---|
| | | | Estado 1 Iglesia 2 ONG 3 Otro 4 (Especifique) |
| 1. Programa de alfabetización?..... | 1 | 2 | |

303. EL AÑO PASADO (.....), ¿ESTUVO MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

- Sí 1
 No 2

PASE A 306

304. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTIÓ EL AÑO PASADO (.....)?

| | AÑO | GRADO | CENTRO DE ESTUDIOS | |
|--------------------------------|-----|-------|--------------------|------------|
| | | | ESTATAL | NO ESTATAL |
| Educación inicial 1 | | | 1 | 2 |
| Primaria 2 | | | 1 | 2 |
| Secundaria 3 | | | 1 | 2 |
| Sup. no universitaria ... 4 | | | 1 | 2 |
| Sup. universitaria 5 | | | 1 | 2 |
| Posgrado universitario 6 | | | 1 | 2 |

305. EL RESULTADO QUE OBTUVO EL AÑO PASADO (.....) FUE:

- ¿Aprobado?..... 1
 ¿Desaprobado? 2
 ¿Retirado?..... 3
 ¿Otro? 4
 (Especifique)
 ¿No aprueba, ni desaprueba (inicial)? 5

306. ESTE AÑO, ¿ESTÁ MATRICULADO EN ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

- Sí 1
 No 2

PASE A 310

307. ACTUALMENTE, ¿ASISTE A ALGÚN CENTRO O PROGRAMA DE ENSEÑANZA REGULAR?

- Sí 1
 No 2

PASE A 310

308. ¿CUÁL ES EL GRADO O AÑO DE ESTUDIOS AL QUE ASISTE?

| | AÑO | GRADO | CENTRO DE ESTUDIOS | |
|-----------------------------|-----|-------|--------------------|------------|
| | | | ESTATAL | NO ESTATAL |
| Educación inicial 1 | | | 1 | 2 |
| Primaria 2 | | | 1 | 2 |
| Secundaria 3 | | | 1 | 2 |
| Sup. no universitaria ... 4 | | | 1 | 2 |
| Sup. universitaria 5 | | | 1 | 2 |
| Posgrado 6 | | | 1 | 2 |

309. EN EL PRESENTE AÑO, ¿RECIBIÓ GRATUITAMENTE:

| | Sí | No | No corresponde | ¿Quién le dio? | ¿En qué época del año recibió la ayuda? |
|------------------------------------|----|----|----------------|---|---|
| | | | | Estado 1 Iglesia 2 ONG 3 Otro 4 (Especifique) | Inicio del año 1 Mediados del año ... 2 Fines del año 3 |
| 1. Textos y útiles escolares?..... | 1 | 2 | 3 | | |
| 2. Otro (Especifique) | 1 | 2 | | | |

310. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE A, ¿ASISTIÓ A ALGÚN CENTRO DE ESTUDIOS NO REGULAR COMO ACADEMIA, CEOS U OTROS?

- Sí 1 No 2

A. ENCUESTADOR: Verifique las siguientes preguntas:
 Si: - 303 = 2 y
 - 306 = 2 y
 - 310 = 2
 De lo contrario, continúe con **Pgta. 311**

Pase a RECUADRO (B)

311. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A....., ¿GASTÓ, OBTUVO, CONSIGUIÓ O LE REGALARON:

¿Cuántas veces realizó el gasto durante los últimos 12 meses?

| | | A. ¿Cómo obtuvo el(la) | | | | | | | B. | C. | D. | E. | |
|--------------|--|--|----|--------|---|---|---|---|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------|--|
| | | Comprado?.....1 Autoconsumo?.....2 Autosuministro?.....3 Pago en especie?.....4 Otros hogares?.....5 Programa Social.....6 Otro? (especifique).....7 | | | | | | | ¿Cuánto fue el monto de | ¿Dónde compró : | ¿En cuánto estima el valor de: | Número de veces | |
| | | PASE A "D" | | | | | | | | | | | |
| | | Sí | No | Código | | | | | | S/. | Código | S/. | |
| 1. | Uniforme escolar? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | |
| 2. | Calzado escolar? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | |
| 3. | Libros y textos? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | |
| 4. | Útiles escolares? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | |
| 5. | Matrícula? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | |
| 6. | APAFA? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | |
| 7. | Otros (fotocopias, cuotas extraordinarias, etc.) | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | |
| | | (Especifique) | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | |

1. Ambulante
2. Librería
3. Centro de estudios
4. Feria
5. Puesto de mercado
6. Bazar
7. Bodega, tienda, etc.
8. Tienda especializada al por mayor
9. Tienda especializada al por menor
10. Otro (especifique)

312. EN EL MES ANTERIOR, GASTÓ EN:

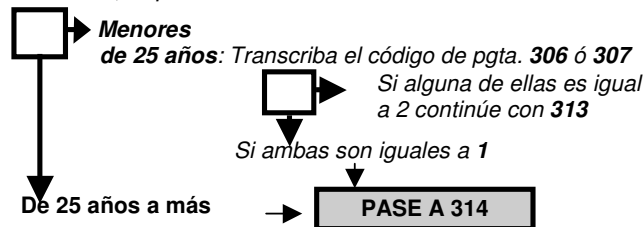
¿Cuántas veces realizó el gasto durante los últimos 12 meses?

| | | A. ¿Cómo obtuvieron el(la): | | | | | | B. | C. | D. |
|--------------|--|--|----|--------|---|---|---|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| | | Comprado?.....1 Autosuministro?.....2 Pago en especie?.....3 Otros hogares?.....4 Programa social?.....5 Otro (especifique).....6 | | | | | | ¿Cuánto fue el monto de | ¿En cuánto estima el valor de | Número de veces |
| | | PASE A "C" | | | | | | | | |
| | | Sí | No | Código | | | | S/. | S/. | |
| 1. | Pensión mensual de enseñanza? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 2. | Movilidad particular al centro de enseñanza? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| TOTAL | | | | | | | | | | |

313. ¿CUÁL ES LA PRINCIPAL RAZÓN POR LA QUE NO ASISTE A ALGÚN CENTRO DE ENSEÑANZA REGULAR?

- Cumple el servicio militar..... 1
 - Estoy trabajando..... 2
 - No existe centros de enseñanza para adultos..... 3
 - No existe centro de enseñanza en el centro poblado..... 4
 - No me interesa/no me gusta el estudio..... 5
 - No tiene la edad suficiente (para el grupo 3-5 años)..... 6
 - Por enfermedad o accidente..... 7
 - Problemas económicos..... 8
 - Problemas familiares..... 9
 - Sacaba bajas notas (desaprobó)..... 10
 - Se dedica a los quehaceres del hogar..... 11
 - Terminó sus estudios: secundarios / superiores /asiste a academia pre-universitaria..... 12
 - Otra razón..... 13
- (Especifique)

B. ENCUESTADOR: Transcriba la edad de pregunta 208, capítulo 200 .



SERVICIO DE INTERNET (Para las personas de 6 años y más de edad)

314. EN EL MES ANTERIOR, ¿HIZO:

| | | A. ¿Cómo lo obtuvo: | | | | | | B. | C. | | |
|----|---|---|----|--------|---|---|---|------------------------------------|--|--|--|
| | | Comprado?.....1 Autosuministro?.....2 Pago en especie?.....3 Otros hogares?.....4 Programa social?.....5 Otro? (especifique).....6 | | | | | | ¿Cuánto fue el monto del servicio? | ¿En cuánto estima el valor del servicio? | | |
| | | PASE A "C" | | | | | | | | | |
| | | Sí | No | Código | | | | S/. | S/. | | |
| 1. | Uso del servicio de Internet en cabina pública? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |

400. SALUD (Para todas las personas)

| Persona N° | Nombre: | Informante N° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--------------------------|--|--|--|----|----|--|--|--|--|--|--|----------------------------|--|--|--|---------------------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|---------------------------------------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--------------|--|--|--|---------------|--|--------------------|---|---|--|---------------------|---|---|--|--------------------|---|---|--|-------------------|---|---|--|--|---|---|--|
| 400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ? <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 33%;">DÍA</th> <th style="width: 33%;">MES</th> <th style="width: 33%;">AÑO</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | | | DÍA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DÍA | MES | AÑO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LAS PREGUNTAS 401A Y 401B SON SÓLO PARA MUJERES DE 12 A 49 AÑOS DE EDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 401A. EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS, DE A ¿TUVO ALGÚN PARTO? Sí 1 No 2 → PASE A 401 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 401B. ¿A DÓNDE ACUDIÓ EN SU ÚLTIMO PARTO? Puesto de salud MINSA 1 Centro de salud MINSA 2 Centro o puesto de salud CLAS 3 Posta, policlínico ESSALUD 4 Hospital MINSA 5 Hospital del Seguro (ESSALUD) 6 Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional 7 Consultorio médico particular 8 Clínica particular 9 Farmacia o botica 10 En su domicilio (del paciente) 11 Casa de huesero, curandero 12 Otro 13 (Especifique) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PASE A 409 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA? (Acepte una o más alternativas) Médico 1 Dentista/odontólogo 2 Obstetrix 3 Enfermera(o) 4 Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud) 5 Promotor(a) 6 Otro 7 (Especifique) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A PARTIR DE LA PREGUNTA 401 A 420 SE APLICAN A TODAS LAS PERSONAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) Sí 1 No 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Acepte una o más alternativas) <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;"> Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? 1 Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2 Recaída de enfermedad crónica? ... 3 Accidente? 4 </td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;"> 402A. ¿Cuántos Días no pudo realizar sus actividades normalmente? </td> </tr> </table> | | | Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? 1 Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2 Recaída de enfermedad crónica? ... 3 Accidente? 4 | 402A. ¿Cuántos Días no pudo realizar sus actividades normalmente? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? 1 Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? 2 Recaída de enfermedad crónica? ... 3 Accidente? 4 | 402A. ¿Cuántos Días no pudo realizar sus actividades normalmente? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente? 5 → PASE A 410 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE? (Acepte una o más alternativas) Puesto de salud MINSA 1 Centro de salud MINSA 2 Centro o puesto de salud CLAS 3 Posta, policlínico ESSALUD 4 Hospital MINSA 5 Hospital del Seguro (ESSALUD) 6 Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional 7 Consultorio médico particular 8 Clínica particular 9 Farmacia o botica 10 En su domicilio (del paciente) 11 Casa de huesero, curandero 12 Otro 13 (Especifique) NO BUSCÓ ATENCIÓN 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA? (Acepte una o más alternativas) Médico 1 Dentista/odontólogo 2 Obstetrix 3 Enfermera(o) 4 Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud) 5 Promotor(a) 6 Otro 7 (Especifique) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 406. ¿RECIBIÓ LOS SERVICIOS DE: <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">(406A) ¿Cómo lo pagó?</th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th style="background-color: #e0e0e0;">SI</th> <th style="background-color: #e0e0e0;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">Seguro integral de salud (SIS) pagó todo 1</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">SIS pagó una parte 2</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">ESSalud pagó todo 3</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">ESSalud pagó parte 4</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">Seguro privado pagó 5</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">Seguro privado pagó una parte 6</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">Ud. pagó todo 7</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">Donado por el MINSA 8</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">Otro 9</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="background-color: #e0e0e0;">(Especifique)</td> </tr> <tr> <td>1. Consulta?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Medicinas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Análisis?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Rayos X?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Otro examen? (Especifique)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | (406A) ¿Cómo lo pagó? | | | | SI | NO | | | Seguro integral de salud (SIS) pagó todo 1 | | | | SIS pagó una parte 2 | | | | ESSalud pagó todo 3 | | | | ESSalud pagó parte 4 | | | | Seguro privado pagó 5 | | | | Seguro privado pagó una parte 6 | | | | Ud. pagó todo 7 | | | | Donado por el MINSA 8 | | | | Otro 9 | | | | (Especifique) | | 1. Consulta? | 1 | 2 | | 2. Medicinas? | 1 | 2 | | 3. Análisis? | 1 | 2 | | 4. Rayos X? | 1 | 2 | | 5. Otro examen? (Especifique) | 1 | 2 | |
| | | (406A) ¿Cómo lo pagó? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Seguro integral de salud (SIS) pagó todo 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | SIS pagó una parte 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ESSalud pagó todo 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ESSalud pagó parte 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Seguro privado pagó 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Seguro privado pagó una parte 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Ud. pagó todo 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Donado por el MINSA 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Otro 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | (Especifique) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Consulta? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Medicinas? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Análisis? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Rayos X? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Otro examen? (Especifique) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RECUADRO A ENCUESTADOR: Si en la pregunta 403: – Sólo está circulado el código 8 y/o 9, entonces pase a pregunta 410. – Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 9 continúe con la pregunta 407A. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

407A. ¿EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE SE ATENDIÓ SE ENCUENTRA:

Muy cerca?..... 1
 Cerca?..... 2
 Lejos?..... 3
 Muy Lejos?..... 4

407B. ¿PARA SER ATENDIDO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR FUE:

Muy poco?..... 1
 Poco?..... 2
 Bastante?..... 3
 Demasiado?..... 4

407C. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO, LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON LOS ENCONTRÓ:

Todos?..... 1
 La mayoría?..... 2
 Muy pocos?..... 3
 Ninguno?..... 4

407D. ¿EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE FUE ATENDIDO, EL TRATO DEL PROFESIONAL FUE:

Muy bueno?..... 1
 Bueno?..... 2
 Malo?..... 3
 Muy malo?..... 4

407E. ¿SE SOLUCIONÓ EL PROBLEMA DE SALUD POR EL CUAL BUSCÓ ATENCIÓN?

Sí, totalmente 1
 Sí, parcialmente 2
 No, porque no tuvo dinero para medicamentos..... 3
 No, porque no siguió las indicaciones del médico 4
 No, porque el tratamiento no es el adecuado 5
 Aún no concluye el tratamiento 6
 Otro 7
 (Especifique)

409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

No tuvo dinero..... 1
 Se encuentra lejos..... 2
 Demoran mucho en atender..... 3
 No confía en los médicos..... 4
 No era grave/ no fue necesario..... 5
 Prefiere curarse con remedios caseros 6
 No tiene seguro..... 7
 Se autorecetó o repitió receta anterior..... 8
 Falta de tiempo..... 9
 Por el maltrato del personal de salud..... 10
 Otro..... 11
 (Especifique)

410. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A..... ¿ESTUVO HOSPITALIZADO(A)?

Sí..... 1 →

| | |
|----------|--------------------------|
| Nº Veces | En total, ¿cuántos días? |
| | |

No 2 → **PASE A 412**

411. ¿DÓNDE ESTUVO HOSPITALIZADO(A)? (Acepte una o más alternativas)

Centro de salud MINSA..... 1
 Policlínico ESSALUD 2
 Hospital MINSA 3
 Hospital del Seguro (ESSALUD)..... 4
 Hospital de las FF.AA. /
 Policía Nacional..... 5
 Consultorio médico particular..... 6
 Clínica particular..... 7
 Otro (posta médica, centro médico, etc.)..... 8
 (Especifique)

412. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE..... A..... ¿TUVO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

Sí..... 1
 No..... 2

413. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR PREVENCIÓN Y/O DESPISTAJE:

| | Sí | No | NO CORRESPONDE | 413A. ¿COMO LO OBTUVO? | |
|---|----|----|----------------|------------------------|---------------------|
| | | | | PROGRAMA SOCIAL | EN FORMA PARTICULAR |
| 1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 6 años de edad)?..... | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| 2. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?..... | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| 3. Programa de vacunas (inmunizaciones)?..... | 1 | 2 | | 1 | 2 |
| 4. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?..... | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| 5. Prevención de enfermedades (campañas de salud)?..... | 1 | 2 | | 1 | 2 |

| | |
|----------------------|--|
| OBSERVACIONES | |
| | |
| | |

| (414) ¿UD. RECIBIÓ: | | | (415) ¿EL GASTO REALIZADO FUE: (Acepte una o más alternativas) | | | | | | | (416) ¿CUÁNTO FUE EL MONTO TOTAL POR LA COMPRA O SERVICIO? | | (417) ¿DÓNDE COMPRO? | | (418) ¿EN CUÁNTO ESTIMA EL VALOR DE:? | | | |
|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|--|---|--|-------------------------|--|
| | | | Pagado por algún miembro de este hogar?..... 1 Autoconsumo?..... 2 Autosuministro?..... 3 Regalado o pagado por algún miembro de otro hogar? 4 Donado por alguna institución del estado o programa social (SIS)?..... 5 Donado por alguna institución privada?..... 6 Fue cubierto por el Seguro?..... 7 Otro? (especifique)..... 8 NO SABE/NO RESPONDE... 9 | | | | | | | PASE A 418 | | PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV. | | PASE AL SGTE. PRODUC. O SERV. | | | |
| | | | | | | | | | | MO NO | | Ent. Dec. | | Ent. Dec. | | Ent. Dec. | |
| EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. CONSULTA?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 2. MEDICINAS / INSUMOS?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 3. ANÁLISIS? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 4. RAYOS "X", TOMOGRAFÍA, ETC.?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 5. OTROS EXÁMENES (HEMODIÁLISIS, ETC.)? (Especifique) | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. SERVICIO DENTAL Y CONEXOS? | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 7. SERVICIO OFTALMOLÓGICO?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 8. COMPRA DE LENTES?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 9. VACUNAS?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 10. CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 11. ANTICONCEPTIVOS?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 12. OTROS GASTOS (ORTOPEDIA, TERMÓMETRO, ETC.)? (Especifique) | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. HOSPITALIZACIÓN Y/O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 14. CONTROLES POR EMBARAZO?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 15. ATENCIONES DE PARTO?..... | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |

SEGURO DE SALUD

419. EL SISTEMA DE PRESTACIONES DE SALUD AL CUAL UD. ESTA AFILIADO ACTUALMENTE ES:
(Acepte una o más alternativas)

- ¿ESSALUD (antes IPSS)?..... 1
 ¿Seguro privado de salud?..... 2
 ¿Entidad prestadora de salud?..... 3
 ¿Seguro de FF.AA. / Policiales.?.... 4
 ¿Seguro Integral de Salud?..... 5
 ¿Seguro universitario?..... 6
 ¿Seguro escolar privado?..... 7
 ¿Otro?..... 8
 (Especifique)
- NO ESTÁ AFILIADO..... 9

PASE AL CAP. 500 O CONCLUYA LA ENTREVISTA

420. ¿QUIÉN APORTA O PAGA LAS CUOTAS POR ESTAR AFILIADO A..... :

| | Su centro de trabajo? | Ud. mismo? | Un familiar? | No paga |
|------------------------------------|-----------------------|------------|--------------|---------|
| ESSALUD?..... | 1 | 2 | 3 | |
| Seguro privado de salud? ... | 1 | 2 | 3 | |
| Entidad prestadora de salud?..... | 1 | 2 | 3 | |
| Seguro de FF.AA./ Policiales?..... | 1 | 2 | 3 | |
| Seguro Integral de Salud? ... | 1 | 2 | 3 | 4 |

OBSERVACIONES

| |
|--|
| |
| |

500. EMPLEO E INGRESO (Para todas las personas de 14 años y más de edad)

| | | | |
|------------|---------|---------------|--|
| Persona N° | Nombre: | Informante N° | |
|------------|---------|---------------|--|

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

501. LA SEMANA PASADA, DEL AL....., ¿TUVO UD. ALGÚN TRABAJO? (Sin contar los quehaceres del hogar)

Sí..... 1 → **PASE A 505**

No..... 2

502. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN EMPLEO FIJO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

Sí..... 1 → **PASE A 505**

No..... 2

503. AUNQUE NO TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, ¿TIENE ALGÚN NEGOCIO PROPIO AL QUE PRÓXIMAMENTE VOLVERÁ?

Sí..... 1 → **PASE A 505**

No..... 2

504. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:

| | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar? | 1 | 2 |
| 2. Ofreciendo algún servicio? | 1 | 2 |
| 3. Haciendo algo en casa para vender? | 1 | 2 |
| 4. Vendiendo productos de belleza, ropa, joyas, etc.? | 1 | 2 |
| 5. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo? | 1 | 2 |
| 6. Trabajando para un hogar particular? | 1 | 2 |
| 7. Fabricando algún producto? | 1 | 2 |
| 8. Realizando labores remuneradas en la chacra o cuidado de animales? | 1 | 2 |
| 9. Ayudando a un familiar sin remuneración? | 1 | 2 |
| 10. Otra? _____ (Especifique) | 1 | 2 |

A. ENCUESTADOR: Verifique pregunta 504.

Si todas las alternativas tienen circulado el código 2 → **PASE A 545**

Si alguna alternativa tiene circulado el código 1 → Continúe con 505.

OCUPADOS

OCUPACIÓN PRINCIPAL

505. a) ¿CUÁL ES LA OCUPACIÓN PRINCIPAL QUE DESEMPEÑÓ?

(Especifique)

b) ¿QUÉ TAREAS REALIZÓ EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

(Especifique)

506. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ?

(Especifique)

507. EN SU CENTRO DE TRABAJO, UD. ERA:

¿Empleador o patrono?.....1

¿Trabajador independiente?2

¿Empleado?3 } **PASE A 510**

¿Obrero?4 }

¿Trabajador familiar no remunerado?5 } **PASE A 511**

¿Trabajador del hogar?.....6 }

¿Otro? _____7 → **PASE A 510**
(Especifique)

OBSERVACIONES

| <p>508. ¿LE AYUDARON PERSONAS DE SU FAMILIA SIN RECIBIR UNA REMUNERACIÓN FIJA?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | <p>511. ¿EL TIPO DE PAGO O INGRESO QUE UD. RECIBE EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL ES: (Acepte una o más alternativas)</p> <p>Sueldo? 1</p> <p>Salario? 2</p> <p>Comisión? 3</p> <p>Destajo? 4</p> <p>Subvención? 5</p> <p>Honorarios profesionales (con R.U.C.)? 6</p> <p>Ingreso (ganancia) por negocio o servicio? 7</p> <p>Ingreso como productor agropecuario? 8</p> <p>Propina? 9</p> <p>En especie? 10</p> <p>Otro? 11</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> <p>NO RECIBE 12</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------|-----------------|--|---------------|--|----------------|--|-------------------|--|----------------|--|-----------------|--|----------------|--|--------------|--|
| <p>509. ¿TENÍA UD. TRABAJADORES REMUNERADOS A SU CARGO?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | <p style="text-align: center;">PASE A 510A</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>510. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿UD. TRABAJÓ PARA:</p> <p>Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú (militares)? 1</p> <p>Administración pública? 2</p> <p>Empresa pública? 3</p> <p>Cooperativa de trabajadores? 4</p> <p>Empresa de servicios especiales (SERVICE)? 5</p> <p>Empresa o patrono privado? 6</p> <p>Otra? 7</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> | <p style="text-align: center;">PASE A 513</p> <p style="text-align: center;">PASE A 511</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>510A. EL NEGOCIO O EMPRESA DONDE TRABAJA, ¿SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO PERSONA JURÍDICA?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | <p>511A. ¿BAJO QUÉ TIPO DE CONTRATO? (Lea la pregunta y cada una de las alternativas)</p> <p>¿Contrato indefinido, nombrado, permanente? 1</p> <p>¿Contrato a plazo fijo (sujeto a modalidad)? 2</p> <p>¿Está en período de prueba? 3</p> <p>¿Convenios de Formación Laboral Juvenil / Prácticas Pre-Profesionales? 4</p> <p>¿Contrato de aprendizaje? 5</p> <p>¿Contrato por locación de servicios (Honorarios Profesionales, R.U.C.), Servicios no personales? 6</p> <p>¿Sin Contrato? 7</p> <p>¿Otro? 8</p> <p style="text-align: center;">(Especifique)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>510B. EL NEGOCIO O EMPRESA DONDE TRABAJA, ¿LLEVA LAS CUENTAS POR MEDIO DE LIBROS (INGRESOS Y GASTOS EXIGIDOS O NO POR LA SUNAT) O SISTEMA DE CONTABILIDAD?</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2</p> | <p>512. EN SU TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD., ¿LABORARON:</p> <p>Hasta 20 personas? 1</p> <p>De 21 a 50 personas? 2</p> <p>De 51 a 100 personas? 3</p> <p>De 101 a 500 personas? 4</p> <p>Más de 500 personas? 5</p> <p style="text-align: right;">} <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> ¿Nº de personas?</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>513. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA, EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, EL DÍA.....</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">HORAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Domingo ?</td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>Lunes ?</td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>Martes ?</td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>Miércoles ?</td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>Jueves ?</td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>Viernes ?</td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>Sábado ?</td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">TOTAL</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </tbody> </table> | | HORAS | Domingo ? | | Lunes ? | | Martes ? | | Miércoles ? | | Jueves ? | | Viernes ? | | Sábado ? | | TOTAL | |
| | HORAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domingo ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lunes ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Martes ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miércoles ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jueves ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viernes ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sábado ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----------------------|--|
| OBSERVACIONES | |
| | |
| | |

513A. ¿CUÁNTO TIEMPO TRABAJA UD. EN ESTA OCUPACIÓN PRINCIPAL?

| | |
|--------------|--|
| AÑOS | |
| MESES | |

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre la ocupación secundaria que desarrolló la semana pasada:

OCUPACIÓN SECUNDARIA

514. ADEMÁS DE SU OCUPACIÓN PRINCIPAL LA SEMANA PASADA, ¿TUVO UD. OTRO TRABAJO PARA OBTENER INGRESOS?

Sí..... 1 → **PASE A 516**
 No..... 2

515. LA SEMANA PASADA, ¿REALIZÓ ALGUNA OTRA ACTIVIDAD AL MENOS UNA HORA PARA OBTENER INGRESOS EN DINERO O EN ESPECIE, COMO:

| | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Trabajando en algún negocio propio o de un familiar? | 1 | 2 |
| 2. Ofreciendo algún servicio? | 1 | 2 |
| 3. Haciendo algo en casa para vender? | 1 | 2 |
| 4. Vendiendo productos de belleza, ropa, joyas, etc.? | 1 | 2 |
| 5. Haciendo prácticas pagadas en un centro de trabajo? | 1 | 2 |
| 6. Trabajando para un hogar particular? | 1 | 2 |
| 7. Fabricando algún producto? | 1 | 2 |
| 8. Realizando labores en la chacra o cuidado de animales? | 1 | 2 |
| 9. Ayudando a un familiar sin remuneración? | 1 | 2 |
| 10. Haciendo servicio de taxi? | 1 | 2 |
| 11. Haciendo servicio de vigilancia y seguridad? | 1 | 2 |
| 12. Otra? | 1 | 2 |

(Especifique)

516. ¿A QUÉ SE DEDICA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE TRABAJÓ?

(Especifique)

517. EN SU CENTRO DE TRABAJO, ¿UD. ERA:

- Empleador o patrono? 1 } **PASE A 517B**
 - Trabajador independiente? 2 }
 - Empleado? 3
 - Obrero? 4
 - Trabajador familiar no remunerado? 5 } **PASE A 517D**
 - Trabajador del hogar? 6 }
 - Otro? 7
- (Especifique)

517A. EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA, ¿UD. TRABAJA PARA:

- Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú (militares)? 1 → **PASE A 518**
 - Administración pública? 2 } **PASE A 517D**
 - Empresa pública? 3 }
 - Cooperativa de trabajadores? 4 }
 - Empresa de servicios especiales (SERVICE)? 5 }
 - Empresa o patrono privado? 6
 - Otra? 7
- (Especifique)

C. ENCUESTADOR: Verifique pregunta 515:

Si todas las alternativas tienen circulado el código 2 → **PASE A D**

Si alguna alternativa tiene circulado el código 1 → Continúe con 516.

517B. EL NEGOCIO O EMPRESA DONDE TRABAJA, ¿SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO PERSONA JURÍDICA?

Sí..... 1
 No..... 2

OBSERVACIONES

517C. EL NEGOCIO O EMPRESA DONDE TRABAJA, ¿LLEVA LAS CUENTAS POR MEDIO DE LIBROS (INGRESOS Y GASTOS EXIGIDOS O NO POR LA SUNAT) O SISTEMA DE CONTABILIDAD?

Sí..... 1
 No..... 2

517D. EN SU TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD., ¿LABORARON:

Hasta 20 personas? 1
 De 21 a 50 personas? 2
 De 51 a 100 personas? 3
 De 101 a 500 personas? 4
 Más de 500 personas? 5 } **¿Nº de personas?**

518. ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJÓ LA SEMANA PASADA EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S)?

Número de Horas

D. ENCUESTADOR: Transcriba el total de horas de la pregunta 513 y el número de horas de la pregunta 518 a los recuadros respectivos; luego realice la suma.

| | |
|--------------------------|--|
| Total Horas de Pgta. 513 | |
| Nº de Horas de Pgta.518 | |
| TOTAL | |

Transcriba el total obtenido a la línea punteada de la pregunta 519.

TOTAL HORAS

519. EN TOTAL UD. TRABAJÓ..... HORAS LA SEMANA PASADA. ¿NORMALMENTE TRABAJA ESAS HORAS A LA SEMANA?

Sí..... 1 → **PASE A 521**
 No..... 2

520. NORMALMENTE, ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA EN LA SEMANA?

Número de Horas

521. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA TRABAJAR MÁS HORAS DE LAS QUE NORMALMENTE TRABAJA?

Sí..... 1
 No..... 2 → **PASE A E**

521A. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR MÁS HORAS?

Sí..... 1
 No..... 2 → **PASE A E**

E. ENCUESTADOR: Transcriba el código de pregunta 507:

→ Igual a 1 ó 2 → **PASE A 530**
 → Igual a 5 ó 7 → **PASE A G**
 → Igual a 3, 4 ó 6, verifique pregunta 511:

- Si sólo es igual a 10 → **PASE A 528**
- Si es igual a 12 → **PASE A 556**
- Si es 10 y/o alguna otra alternativa → Continúe con 523.

INGRESO EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO DEPENDIENTE

INGRESO MONETARIO

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus ingresos percibidos en su ocupación principal que desarrolló la semana pasada:

523. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿A UD. LE PAGAN:

Diario?..... 1
 Semanal?..... 2
 Quincenal?..... 3
 Mensual?..... 4

OBSERVACIONES

524. ¿CUÁNTO FUE SU INGRESO TOTAL EN EL (LA)..... ANTERIOR, INCLUYENDO (Frecuencia)
HORAS EXTRAS, BONIFICACIONES, PAGO POR CONCEPTO DE REFRIGERIO, MOVILIDAD, COMISIONES, ETC.?

| CONCEPTO | MONTO S/. (Enteros) | No Sabe |
|--|---------------------|---------|
| A. Ingreso total | | 1 |
| B. Descuento de Ley Sistema de Pensiones: AFP, ONP, Caja Militar y Policial | | 1 |
| C. Impuestos | | 1 |
| D. Otros descuentos (Judiciales, asociaciones, por préstamos de coop., bancos, etc.) | | 1 |
| E. Ingreso Líquido | | 1 |

SI TODAS LAS ALTERNATIVAS TIENEN CIRCULADO EL CÓDIGO 1 (NO SABE), PASE A 528.

Si no tiene descuentos anote cero en el recuadro respectivo.

PAGO EN ESPECIE

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus pagos que no sean en dinero, recibidos de la ocupación principal que desarrolló la semana pasada:

528. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR, ¿RECIBÍ ALIMENTOS, VESTIDO, TRANSPORTE, VIVIENDA, ETC., COMO PARTE DE PAGO POR SU TRABAJO EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL?

Sí..... 1

No..... 2 → **PASE A (F)**

529. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿CON QUÉ FRECUENCIA Y EN CUÁNTO ESTIMARÍA UD. EL PAGO EN:

| CONCEPTO | FRECUENCIA CON QUE RECIBE (*) | VALOR ESTIMADO POR VEZ S/. (Enteros) | NO SABE |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------|
| 1. Alimentos? | | | 1 |
| 2. Vestido y calzado? | | | 1 |
| 3. Transporte? | | | 1 |
| 4. Vivienda? | | | 1 |
| 5. Salud? | | | 1 |
| 6. Otro? _____ (Especifique) | | | 1 |
| TOTAL | | | 1 |

(*) FRECUENCIA CON QUE RECIBE:

Diario 1 Mensual 4 Semestral 7
 Semanal 2 Bimestral 5 Anual 8
 Quincenal 3 Trimestral 6

PASE A (F)

INGRESO EN LA OCUPACIÓN PRINCIPAL POR TRABAJO INDEPENDIENTE

INGRESO MONETARIO / ESPECIE

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus ingresos percibidos en su ocupación principal por trabajo independiente desarrollado la semana pasada:

530. EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿CUÁL FUE LA GANANCIA NETA EN EL MES ANTERIOR? (Si sólo recibe ingreso en especie, valorícelo en el recuadro)

S/. (Enteros)

NO SABE/NO TIENE GANANCIA..... 1

OBSERVACIONES

AUTOCONSUMO O AUTOSUMINISTRO POR OCUPACIÓN PRINCIPAL

535. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES EN SU OCUPACIÓN PRINCIPAL, ¿UTILIZAN PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?

Sí..... 1
 No..... 2 } **PASE A F**
 NO CORRESPONDE..... 3 }

536. ¿EN CUÁNTO ESTIMA UD. EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS PARA SU CONSUMO EN EL MES ANTERIOR?

S/. (Enteros)

F. ENCUESTADOR: Transcriba el código de la pregunta 517.



INGRESO EN LA OCUPACIÓN SECUNDARIA

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus ingresos percibidos en su(s) ocupación(es) secundaria(s) por sus trabajos desarrollados la semana pasada:

537. ¿EL TIPO DE PAGO O INGRESO QUE UD. RECIBE EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S) ES:
 (Acepte una o más alternativas)

Sueldo?..... 1 } **PASE A 538**
 Salario?..... 2 }
 Comisión?..... 3 }
 Destajo?..... 4 }
 Subvención?..... 5 }
 Honorarios profesionales (con R.U.C.)?..... 6 }
 Ingreso (ganancia) por negocio o servicio?..... 7 } **PASE A 541**
 Ingreso como productor agropecuario?..... 8 }
 Propina?..... 9 → **PASE A 544**
 En especie?..... 10 }
 Otro?..... 11 → **PASE A 538**
 (Especifique)
 NO RECIBE..... 12 → **PASE A 544**

ENCUESTADOR: Tenga presente:

- Si en 537 tiene circulado el código 10 (Pago en Especie), verifique la pregunta 517:
 - Si es un trabajador dependiente (3 empleado, 4 obrero ó 6 trabajador del hogar), formule la pregunta 539.
 - Si es un trabajador independiente (2) o empleador o patrono (1), formule la pregunta 541.
- Si en 537 tiene circulado el código 6 (honorarios profesionales), verifique la pregunta 517 categoría de ocupación:
 - De tratarse de un empleado (3) u obrero (4), formule la pregunta 538.
 - De tratarse de un empleador o patrono (1) o trabajador independiente (2), formule la pregunta 541.

INGRESO EN LA OCUPACIÓN SECUNDARIA POR TRABAJO DEPENDIENTE

538. ¿CUÁNTO FUE SU INGRESO TOTAL EN EL MES ANTERIOR, INCLUYENDO HORAS EXTRAS, BONIFICACIONES, PAGO POR CONCEPTO DE REFRIGERIO, MOVILIDAD, COMISIONES, ETC. EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S)?

| CONCEPTO | MONTO S/. (Enteros) | NO SABE |
|---|---------------------|---------|
| A. Ingreso total | | 1 |
| B. Descuento de Ley Sistema de Pensiones: AFP, ONP, Caja Militar y Policial | | 1 |
| C. Impuestos | | 1 |
| D. Otros descuentos (Judiciales, Asociaciones, por préstamos de coop., Bancos, etc.) | | 1 |
| E. Ingreso Líquido | | 1 |

PAGO EN ESPECIE POR TRABAJO DEPENDIENTE EN LA OCUPACIÓN SECUNDARIA

539. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ADEMÁS DEL INGRESO ANTERIOR, ¿RECIBIÓ ALIMENTOS, VESTIDO, TRANSPORTE, VIVIENDA, ETC., COMO PARTE DE PAGO POR SU TRABAJO EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S)?

Sí..... 1
 No..... 2 → **PASE A 541**

OBSERVACIONES

540. EN SU OCUPACIÓN SECUNDARIA, ¿CON QUÉ FRECUENCIA Y EN CUÁNTO ESTIMARÍA UD. EL PAGO POR:

| CONCEPTO | FRECUENCIA CON QUE RECIBE (*) | VALOR ESTIMADO POR VEZ S/. (Enteros) | NO SABE |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|---------|
| 1. Alimentos? | | | 1 |
| 2. Vestido y calzado? | | | 1 |
| 3. Transporte? | | | 1 |
| 4. Vivienda? | | | 1 |
| 5. Salud? | | | 1 |
| 6. Otro? _____ (Especifique) | | | 1 |
| TOTAL | | | 1 |

FRECUENCIA:

| | | |
|------------------|-------------------|------------------|
| Diario..... 1 | Mensual..... 4 | Semestral..... 7 |
| Semanal..... 2 | Bimestral..... 5 | Anual..... 8 |
| Quincenal..... 3 | Trimestral..... 6 | |

INGRESO EN LA OCUPACIÓN SECUNDARIA POR TRABAJO INDEPENDIENTE

541. EN SU(S) OCUPACIÓN(ES) SECUNDARIA(S), ¿CUÁL FUE SU GANANCIA NETA EN EL MES ANTERIOR?
(Si sólo recibe ingreso en especie, valorícelo en el recuadro)

S/. (Enteros)

NO SABE 1

AUTOCONSUMO O AUTOSUMINISTRO EN LA OCUPACIÓN SECUNDARIA

542. DE LOS BIENES PRODUCIDOS POR EL HOGAR Y/O DE LOS PRODUCTOS ADQUIRIDOS CON FINES COMERCIALES EN SU OCUPACION SECUNDARIA, ¿UTILIZAN PRODUCTOS PARA SU CONSUMO?

Sí 1

No 2

NO CORRESPONDE 3

PASE A 544
ó **G**

543. ¿EN CUÁNTO ESTIMA UD. EL VALOR DE LOS PRODUCTOS UTILIZADOS PARA SU CONSUMO EN EL MES ANTERIOR?

S/. (Enteros)

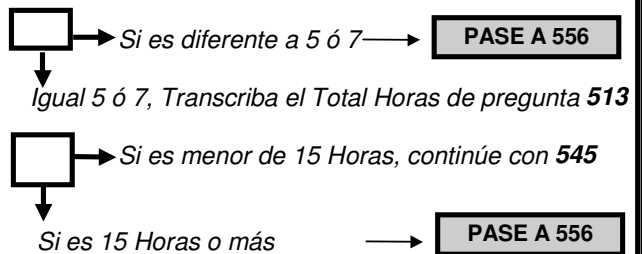
INGRESOS EXTRAORDINARIOS POR TRABAJO DEPENDIENTE (Ocupación Principal y Secundaria)

A continuación le voy a formular algunas preguntas sobre sus ingresos extraordinarios por su trabajo dependiente, percibidos los últimos 12 meses en su ocupación principal y/o secundaria que desarrolló la semana pasada:

544. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE A ¿RECIBIÓ ALGÚN DINERO POR: (Excluya al empleador o patrono, al trabajador independiente y al trabajador familiar no remunerado)

| | Sí | No | Monto S/. (Enteros) |
|---|----|----|----------------------|
| 1. Gratificación de navidad? | 1 | 2 | |
| 2. Gratificación de fiestas patrias? | 1 | 2 | |
| 3. Bonificación por sus últimas vacaciones? | 1 | 2 | |
| 4. Bonificación por escolaridad? .. | 1 | 2 | |
| 5. Participación de utilidades de la empresa donde labora? | 1 | 2 | |
| 6. Bonificación por otro concepto relacionado con su trabajo? | 1 | 2 | |
| 7. Compensación por tiempo de servicios (CTS)? | 1 | 2 | |
| 8. Otro ingreso por trabajo? (reintegros, etc.) | 1 | 2 | |
| _____ (Especifique) | | | |
| TOTAL | | | <input type="text"/> |

G. ENCUESTADOR: Transcriba el código de pregunta 507:



DESOCUPADOS

545. ¿HA HECHO ALGO PARA CONSEGUIR TRABAJO LA SEMANA PASADA?

Sí 1 → **PASE A 550**

No 2

OBSERVACIONES

546. ¿QUÉ ESTUVO HACIENDO LA SEMANA PASADA:

Hizo trámites, buscó local, gestionó préstamos para establecer su propio negocio?..... 1

Reparando sus activos (local, máquina, equipo)?..... 2

Esperando el inicio de un trabajo dependiente (como obrero, empleado o trabajador del hogar)..... 3

Estudiando? 4

Quehaceres del hogar?..... 5

Vivía de su pensión o jubilación u otras rentas? 6

Enfermo o incapacitado? 7

Otro? 8

(Especifique)

PASE A 551

547. LA SEMANA PASADA, ¿QUERÍA UD. TRABAJAR?

Sí..... 1

No..... 2 → **PASE A 552**

548. LA SEMANA PASADA, ¿ESTUVO DISPONIBLE PARA TRABAJAR?

Sí..... 1

No..... 2 → **PASE A 552**

549. ¿POR QUÉ NO BUSCÓ TRABAJO?

No hay trabajo 1

Se cansó de buscar 2

Por su edad 3

Falta de experiencia 4

Sus estudios no le permiten 5

Los quehaceres del hogar no le permiten ... 6

Razones de salud 7

Falta de capital 8

Otro 9

(Especifique)

Ya encontró trabajo 10 → **PASE A 551**

Si buscó trabajo 11

550. ¿QUÉ HIZO LA SEMANA PASADA PARA CONSEGUIR TRABAJO?

Consultó:

Empleador / patrono..... 1

Agencia de empleo / bolsa de trabajo 2

Sólo amigos, parientes..... 3

Sólo leyó avisos 4

Otro 5

(Especifique)

No hizo nada para conseguir trabajo ... 6 → **PASE A 552**

551. ¿CUÁNTAS SEMANAS HA ESTADO BUSCANDO TRABAJO, SIN INTERRUPCIONES?

Número de Semanas

TRABAJO ANTERIOR (Sólo para desocupados e inactivos)

552. ¿HA TRABAJADO ANTES?

Sí..... 1

No..... 2 → **PASE A 556**

554. ¿A QUÉ SE DEDICABA EL NEGOCIO, ORGANISMO O EMPRESA EN LA QUE UD. TRABAJABA?

.....

(Especifique)

555. EN SU CENTRO DE TRABAJO UD. ERA:

Empleador o patrono? 1

Trabajador independiente?..... 2

Empleado?..... 3

Obrero? 4

Trabajador familiar no remunerado?..... 5

Trabajador del hogar?..... 6

Otro? 7

(Especifique)

TRANSFERENCIAS CORRIENTES

556. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES, DE..... A....., ¿RECIBIÓ UD. INGRESOS POR CONCEPTO DE:

| | MONTO POR VEZ S/. | | | | | |
|---|-------------------|----|------------|-----------|------------|-----------------|
| | SI | NO | FRECUENCIA | DEL PAIS? | FRECUENCIA | DEL EXTRANJERO? |
| 1. Pensión de divorcio o separación? | 1 | 2 | | | | |
| 2. Pensión por alimentación? | 1 | 2 | | | | |
| 3. Remesas de otros hogares o personas? | 1 | 2 | | | | |
| 4. Pensión de jubilación /cesantía? | 1 | 2 | | | | |
| 5. Pensión por viudez, orfandad o sobrevivencia? | 1 | 2 | | | | |
| 6. Otras transferencias de las instituciones públicas o privadas? | 1 | 2 | | | | |
| (Especifique) | | | | | | |
| 7. Otras transferencias de hogares? | 1 | 2 | | | | |
| (Especifique) | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | |

FRECUENCIA:

Diario..... 1 Mensual 4 Semestral 7

Semanal 2 Bimestral 5 Anual 8

Quincenal 3 Trimestral 6

OBSERVACIONES

.....

.....

.....

RENTAS DE LA PROPIEDAD

557. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A....., ¿RECIBÍÓ UD. INGRESOS POR CONCEPTO DE:

| | Sí | No | FRE- CUENCIA | MONTO S/. |
|---|----|----|-----------------|--------------|
| 1. Utilidades empresariales? | 1 | 2 | | |
| 2. Intereses por depósitos en bancos, cooperativas? | 1 | 2 | | |
| 3. Intereses por préstamos a terceros? | 1 | 2 | | |
| 4. Dividendos de acciones, bonos, etc.? | 1 | 2 | | |
| 5. Arrendamiento de casas (solamente departamentos y habitaciones)? | 1 | 2 | | |
| 6. Arrendamiento de maquinarias y vehículos (sólo renta neta)? | 1 | 2 | | |
| 7. Arrendamiento de tierras agrícolas (sólo renta neta)? | 1 | 2 | | |
| 8. Otro (alquiler de marcas, patentes, etc.)? | 1 | 2 | | |

(Especifique)

TOTAL

FRECUENCIA:

| | | | | | |
|-----------------|---|------------------|---|----------------|---|
| Diario | 1 | Mensual..... | 4 | Semestral..... | 7 |
| Semanal | 2 | Bimestral | 5 | Anual | 8 |
| Quincenal | 3 | Trimestral | 6 | | |

OTROS INGRESOS EXTRAORDINARIOS

558. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE.....A....., ¿RECIBÍÓ UD. INGRESOS POR CONCEPTO DE:

| | Sí | No | MONTO S/. |
|--|----|----|--------------|
| 1. Seguro de accidente o vejez? | 1 | 2 | |
| 2. Herencia? | 1 | 2 | |
| 3. Juegos de azar (loterías, tinka, etc.)? | 1 | 2 | |
| 4. Indemnizaciones por accidente de trabajo? | 1 | 2 | |
| 5. Indemnizaciones por despido? | 1 | 2 | |
| 6. Gratificación por navidad, fiestas patrias, escolaridad, últimas vacaciones, participación de utilidades de la empresa, etc., anteriores a su(s) trabajo(s) actual(es)? | 1 | 2 | |
| 7. Otros ocasionales (gratificación, escolaridad de jubilados, etc.)? | 1 | 2 | |

(Especifique)

TOTAL

SISTEMA DE PENSIONES

558A. ¿EL SISTEMA DE PENSIONES AL CUAL UD. ESTA AFILIADO ES: (Acepte una o más alternativas)

Sistema privado de pensiones (AFP)? 1

Sistema Nacional de Pensiones: Ley 19990?..... 2

Sistema Nacional de Pensiones: Ley 20530 (Cédula viva)? 3

Otro? 4
(Especifique)

No está afiliado 5 → **PASE A 558F**

558B. ¿CUÁL FUE EL ÚLTIMO MES Y AÑO QUE APORTÓ AL SISTEMA DE PENSIONES?

Mes: _____

Año: _____

No Sabe 1

PROGRAMAS DE EMPLEO Y CAPACITACIÓN

558F. ¿EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA PARTICIPADO EN ALGUNOS DE ESTOS PROGRAMAS:

558G. ¿QUÉ INSTITUCIÓN IMPARTIÓ EL PROGRAMA O LO CONVOCÓ?

- Gobierno Central..... 1
- Gobierno Regional 2
- Gobierno Municipal 3
- Iglesia / ONG 4
- Empresa / centro de trabajo 5
- Otra 6
(Especifique)
- NO SABE..... 7

PASE A 558G

| | Sí | No | CODIGO |
|---|----|----|--------|
| 1. A Trabajar Urbano / Rural? | 1 | 2 | |
| 2. Colocación, asesoría laboral, etc.?..... | 1 | 2 | |
| 3. Capacitación laboral (cursos oficios, entrenamiento, etc.)?..... | 1 | 2 | |
| 4. Micro y pequeña empresa (asistencia técnica, créditos, desarrollo empresarial)?..... | 1 | 2 | |
| 5. Otro?..... (Especifique) | 1 | 2 | |

OBSERVACIONES

EXPERIENCIA LABORAL (para todas las personas de 14 años y más)

Encuestador/a: Tenga presente para las preguntas 558H a 558L lo siguiente:

- 1.- Para los ocupados, estas preguntas están referidas a su **trabajo anterior**.
- 2.- Para los desocupados e inactivos, estas preguntas están referidas a su **último trabajo**.

558H. EN LOS ÚLTIMOS 24 MESES DE A , ¿CAMBIÓ DE TRABAJO, PERDIÓ SU EMPLEO, O DEJÓ DE TRABAJAR?

Sí..... 1

No..... 2 → **PASE A 559**

558K. EN SU CENTRO DE TRABAJO, ¿UD. ERA:

Empleador o patrono?.....1 } **PASE A 559**
Trabajador independiente?.....2 }

Empleado?.....3
Obrero?.....4

Trabajador familiar no remunerado?.....5 } **PASE A 559**
Trabajador del hogar?.....6 }

Otro?.....7 }
(Especifique)

558I. ¿POR QUÉ CAMBIÓ, PERDIÓ O DEJÓ SU ÚLTIMO TRABAJO (TRABAJO ANTERIOR)?

Fue despedido..... 1

Cierre o quiebre de la empresa..... 2

Terminó su contrato / se jubiló..... 3

Ganaba poco..... 4

Para estudiar..... 5

Consiguió mejor empleo..... 6

Migró, cambio de residencia..... 7

Salud, enfermedad..... 8

No tenía capital..... 9

Perdió su equipo de trabajo..... 10

Otro..... 11

(Especifique)

558L. ¿CUÁNTO TIEMPO TRABAJÓ EN EL ÚLTIMO TRABAJO (TRABAJO ANTERIOR) EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES MODALIDADES:

| | Sí | No | Años | Meses | Nº Ord. |
|--|----|----|------|-------|---------|
| 1. Contrato indefinido, nombrado, permanente?... | 1 | 2 | | | |
| 2. Contrato a plazo fijo (sujeto a modalidad)?..... | 1 | 2 | | | |
| 3. Convenios de formación laboral juvenil / prácticas pre-profesionales?..... | 1 | 2 | | | |
| 4. Contrato de aprendizaje?... | 1 | 2 | | | |
| 5. Locación de servicios (honorarios profesionales, RUC) / servicios no personales?..... | 1 | 2 | | | |
| 6. Sin contrato?..... | 1 | 2 | | | |
| 7. Otro?..... | 1 | 2 | | | |
| | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

558J. EN SU CENTRO DE TRABAJO, NEGOCIO O EMPRESA, INCLUYÉNDOSE UD., ¿LABORARON:

Hasta 20 personas?..... 1 }
De 21 a 50 personas?..... 2 } **¿Nº de personas?**
De 51 a 100 personas?..... 3 }
De 101 a 500 personas?..... 4 }
Más de 500 personas?..... 5 }

559. ALIMENTOS CONSUMIDOS FUERA DEL HOGAR

| (559) LA SEMANA PASADA, ¿EL ALIMENTO O BEBIDA QUE CONSUMIÓ FUERA DE SU HOGAR, CORRESPONDIÓ A: | SÍ NO | | (559-A) GENERALMENTE, ¿CUÁNTAS VECES A LA SEMANA? | (559-B) GENERALMENTE, ¿DÓNDE LO CONSUMIÓ? <i>Ambulante, mercado..... 1</i> <i>Comedor popular..... 2</i> <i>Club de madres y</i> <i>Cocina popular..... 3</i> <i>Iglesia..... 4</i> <i>Restaurante, bodega, etc..... 5</i> <i>Otro (especifique)..... 6</i> | | | | | | SÍ NO | | MONTO S/. Enteros Dec. | | (559-E) ¿LA CUENTA FUE INDIVIDUAL? SÍ NO | | (559-F) ¿CUÁL ES EL NÚMERO DE PERSONAS QUE CONSUMIERON INCLUYÉNDOSE UD.? TOTAL MIEMBROS DEL HOGAR | | | | | |
|--|-------|---|--|---|---|---|---|---|---|-------|---|---------------------------|--|--|---|---|--|---------------------------------|--|---------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | PASE A LA SIGUIENTE LÍNEA | | PASE A LA SIGUIENTE LÍNEA | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | PASE A LA SIGUIENTE LÍNEA ó 560 | | PASE A LA SIGUIENTE LÍNEA ó 560 | |
| 1. DESAYUNO?..... | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | | | | | | |
| 2. ALMUERZO?..... | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | | | | | | |
| 3. CENA?..... | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | | | | | | |
| 4. OTRO (alimentos en video pub, karaoke, etc.)?..... (Especifique) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1..... | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | | | | | | |
| 4.2..... | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | | | | | | |
| 4.3..... | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | | | | | | |
| 4.4..... | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | | | | | | |
| 4.5..... | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | | | 1 | 2 | | | | | | |

OBSERVACIONES

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

