

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA			
201. ¿Sigue el hogar viviendo en la misma vivienda que habitaba en _____?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→202
201b. Motivo principal cambio de domicilio	Cercanía al sitio de trabajo Cercanía al sitio de estudio Por solicitud de entrega de la vivienda (si no es propia) Por conseguir vivienda propia Por conseguir un arriendo más barato Seguridad Por riesgo ante desastres naturales Otra, ¿cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
202. ¿Cuál es el material predominante de los pisos? ENTREVISTADOR(A): Ingrese a la vivienda, observe y marque	Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, alfombra o mármol Madera burda, tabla o tablón Cemento Gravilla Tierra o arena Otro	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
205. ¿En qué sitio de la vivienda prepara los alimentos este hogar?	En un cuarto usado sólo para cocinar En un cuarto usado también para dormir En una sala-comedor En un patio, enramada, al aire libre En ninguna parte (no preparan alimentos)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	→207 →IV
206. El cuarto donde prepara los alimentos:	a. ¿Tiene ventanas? b. ¿Tiene chimenea u otra salida de humo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
207. ¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?	Electricidad Gas con conexión por tubería a red domiciliaria Gas en cilindro o pipeta (gas propano) Kerosene, petróleo, gasolina, alcohol Leña o carbón de leña Carbón mineral Material de desecho	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	

IV. DISTANCIAS				
Si alguien del hogar se desplazara a los siguientes lugares, en este o en otro municipio, ¿cómo lo haría y cuánto tiempo le llevaría?	401. ¿Queda en este municipio o en otro? 1.El lugar queda en este municipio 2. En otro municipio 3. NA	402. Desde el hogar hasta____, ¿cómo se desplazaría? 1. Motorizado 2. No motorizado 3. A pie 9. NS/NR	403. Desde el hogar hasta____, ¿cuánto tiempo gastaría? a. Horas b. Minutos	
a. La droguería o farmacia más cercana	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
b. Escuela de primaria más cercana	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
c. Colegio de secundaria más cercano	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
d. El hospital más cercano	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
e. El lugar de atención médica más cercano (público o privado), diferente al hospital	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
f. El hogar comunitario del ICBF más cercano	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
g. Guardería, preescolar, jardín infantil u otro centro para el cuidado de niños (excluyendo el hogar comunitario)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
h. El lugar donde habitualmente se realizan los encuentros de cuidado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
i. La casa de la madre líder que la atiende actualmente	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
j. La plaza de mercado o galería	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓
k. La tienda (o supermercado) más cercano donde realiza sus compras	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	a. <input type="text"/> <input type="text"/> b. <input type="text"/> <input type="text"/>	↓

VII. GASTOS		
A. COMIDA		
701. En los últimos 7 días contados hasta ayer, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en alimentos?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>
702. Durante los últimos 7 días, ¿consumieron en el hogar alimentos que le regalaron, les entregaron o donaron?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 704
703. ¿Cuál es el valor aproximado de los alimentos que le regalaron, le entregaron o les donaron?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>
704. En los últimos 7 días, ¿consumieron en el hogar alimentos que tomaron de su parcela, si la tienen, o consumieron animales propios si los tienen?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tienen 3 <input type="checkbox"/>	→ 706 → 706
705. ¿Cuál es el valor aproximado de los alimentos que tomaron de su parcela o de los animales propios consumidos?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>
B. OTROS		
706. En los últimos 7 días, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en cigarrillos, tabaco y bebidas alcohólicas (cerveza, aguardiente, ron, etc.)?	\$ _____	No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/>
707. En el último mes, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en artículos de aseo personal para niños menores de 6 años de edad (pañales desechables, toallitas húmedas, talcos, jabón, champú, etc.)?	\$ _____	No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/>
708. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en juguetes y/o libros para niños menores de 6 años de edad?	\$ _____	No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/>
709. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en ropa para niños menores de 6 años?	\$ _____	No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/>
710. En los últimos 3 meses, ¿cuánto dinero gastó en total el hogar en periódicos, revistas y libros para adultos?	\$ _____	No tuvo gasto 1 <input type="checkbox"/>

IX. INCIDENTES EN LOS ÚLTIMOS 18 MESES		
901. Desde _____, ¿sufrió este hogar la muerte de alguno de sus integrantes?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	→ 906
902. ¿Cuántos miembros del hogar murieron desde _____?	_____	
ENTREVISTADOR(A): Preguntar 903 a 905 para un máximo de 2 personas. Si más de 2 miembros del hogar murieron desde la línea de base, preguntar por las 2 personas más cercanas al entrevistado.		
903. ¿Cuál era el parentesco con usted? 1. hijo/hija 2. hermano(a) 3. padre/madre 4. otro	904. ¿Era hombre o mujer? 1. Hombre 2. Mujer	905. ¿Qué edad (años) tenía su "_____" cuando murió?
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> → ¿cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_____ Años
1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> → ¿cuál? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	_____ Años
906. Desde _____, ¿tuvo este hogar una mala cosecha o la pérdida de la cosecha?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tuvieron cosecha o No cultivan 3 <input type="checkbox"/>	→ 908 → 908
906b. ¿Cuál fue la causa de la mala cosecha o de la pérdida de la cosecha?	Inundaciones 1 <input type="checkbox"/> Derrumbes o avalanchas 2 <input type="checkbox"/> Incendio 3 <input type="checkbox"/> Plagas o enfermedades 4 <input type="checkbox"/> Problemas de comercialización 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	
907. ¿Cuánto dejó usted de vender o cuánto dinero perdió por esta razón?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>
908. Desde _____, ¿tuvo este hogar alguna pérdida en un negocio por causa de, por ejemplo, un incendio u otro desastre?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No tiene negocio 3 <input type="checkbox"/>	→ X → X
ENTREVISTADOR(A): Incluir negocios agropecuarios		
908b. ¿Cuál fue la causa principal de esta pérdida?	Inundaciones 1 <input type="checkbox"/> Derrumbes o avalanchas 2 <input type="checkbox"/> Incendio 3 <input type="checkbox"/> Enfermedad del propietario o de los empleados 4 <input type="checkbox"/> Problemas de comercialización 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 6 <input type="checkbox"/>	
909. ¿Cuánto dejó usted de vender o cuánto dinero perdió por esta razón?	\$ _____	NS/NR 1 <input type="checkbox"/>

X. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS DE LOS NIÑOS DEL HOGAR										
1001. ¿Cuántos niños hay en el hogar mayores de 6 meses y menores de 6 años de edad?										<input type="text"/>
ENTREVISTADOR(A): En pregunta 1002 a y 1002b transcriba del reporte de seguimiento 301 y 302 el número de orden y nombre de cada uno de los niños mayores de 6 meses y menores de 6 años y pregunte por todos los alimentos que el niño ha consumido en los últimos 7 días, incluyendo lo que haya comido fuera del hogar: en el hogar comunitario, en la guardería, en casa de parientes, en la calle, etc.										
1002a. Nombre: _____										
1002b. No. de orden: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
1003. En los últimos 7 días contados hasta ayer, ¿_____ consumió (alimento)?										
ENTREVISTADOR(A): Si la respuesta es Sí para algún alimento, registre cuántos días lo consumió y pase al siguiente alimento.										
ALIMENTO	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?
XA. CEREALES										
a1. Arroz	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
a. Pan y/o pastas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b. Preparación con harina de trigo y maíz (arepa, galletas, otros productos de panadería diferentes al pan)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
XB. RAICES TUBÉRCULOS PLÁTANOS										
c. Papa, plátano verde, maduro, guineo, yuca, arracacha, etc.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
XC. HORTALIZAS, VERDURAS Y LEGUMINOSAS VERDES										
d. Arveja, frijol, habas verdes (en cáscara), etc.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e. Ahuyama, zanahoria, pimentón, espinacas, repollo, lechuga, acelgas, habichuela, brócoli, guatila, etc.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
XD. FRUTAS										
f. Fruta entera ó en jugo (mango, naranja, guayaba, mandarina, banano, piña, tomate de árbol, etc.)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
XE. CARNES										
g. Carne de res, hígado, vísceras	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
h. Pollo, gallina u otras aves	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
i. Carne de cerdo, cordero, cabrito, conejo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
j. Pescado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
k. Huevo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
XF. LÁCTEOS Y DERIVADOS										
l. Leche de fórmula (en tarro ó lata)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
m. Leche sola o en diferentes preparaciones, Kumis ó yogurt, queso ó cuajada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
YG. GRASAS										
n. Fritos en aceite, manteca, mayonesa, salsa de tomate.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

XH. AZÚCARES Y DULCES	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?	a. ¿Lo consumió?	b. ¿Cuántos días lo consumió?
o. Azúcar, panela (preparaciones), dulces, golosinas, gaseosas, comida de paquete.	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>
XI. LEGUMINOSAS SECAS Y MEZCLAS VEGETALES										
p. Frijol y arveja seca, lenteja, garbanzo, etc.	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>
q. Bienestarina	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>
r. Suplemento vitamínico (vitaminas y minerales)	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>

XI. PARTICIPACIÓN EN FAMILIAS EN ACCIÓN		
1101. ¿Todavía reciben el subsidio de Familias en Acción en este hogar?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	XII
1102. ¿Por qué razón dejó de recibir el subsidio el hogar?	Por disminución de beneficiarios 1 <input type="checkbox"/> Por no cumplir requisitos 2 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? 3 <input type="checkbox"/>	
1103. ¿Desde cuándo dejó de recibir el subsidio?	a. <input type="text"/> Mes b. <input type="text"/> Año	

XII. DATOS DE UBICACIÓN Y CONTACTO		
Señora _____, es posible que vuelva a contactarla en el futuro, por tal razón es importante que me suministre el nombre de dos contactos que puedan dar razón de su ubicación en caso de cambio de residencia.		
ENTREVISTADOR(A): Solicite dos números telefónicos en donde se pueda ubicar nuevamente al entrevistado(a)		
1201. Datos del contacto 1	b. Teléfono fijo 1:	d. Tipo de Relación
a. Nombre completo	Número	
_____	Indicativo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Familiar 1 <input type="checkbox"/>
_____	c. Teléfono celular 1:	Vecino(a) o Amigo(a) 2 <input type="checkbox"/>
	Número	Relación laboral 3 <input type="checkbox"/>
	Operador <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	De una entidad o negocio cercano 4 <input type="checkbox"/>
e. ¿Conoce usted la dirección de _____ o señas para ubicarlo(a)? No la conoce 1 <input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
1202. Datos del contacto 2: 1 <input type="checkbox"/> Nadie más → ⊗	b. Teléfono fijo 2:	d. Tipo de Relación
a. Nombre completo	Número	
_____	Indicativo: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Familiar 1 <input type="checkbox"/>
_____	c. Teléfono celular 2:	Vecino(a) o Amigo(a) 2 <input type="checkbox"/>
	Número	Relación laboral 3 <input type="checkbox"/>
	Operador <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	De una entidad o negocio cercano 4 <input type="checkbox"/>
e. ¿Conoce usted la dirección de _____ o señas para ubicarlo? No la conoce 1 <input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

OBSERVACIONES