



ENCUESTA DE NUTRICIÓN, DESARROLLO INFANTIL Y SALUD

PERSONAS DEL HOGAR

ACLARACIÓN:

Donde dice {niño/a} se debe decir el nombre del niño/a seleccionado.

Los textos en negro SE LEEN.

Los textos en color (no en negro) NO SE LEEN, corresponden a:

- subtítulos con condicionantes
- indicaciones para quien realiza la encuesta
- sugerencias de pistas cuando la persona encuestada tiene dificultad para formular la respuesta que se colocan entre paréntesis curvos ()

A - IDENTIFICACIÓN

Formulario N°: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Mail: _____

Facebook: _____

Twitter: _____

Encuestador/a: _____ Supervisor/a: _____ Crítico: _____

A.1 IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA INFORMANTE

Nombre y apellido: _____

N° de persona en la grilla: _____

Cédula de identidad: _____

N° de persona: _____

Nombre del niño/a: _____

Teléfono 1: _____

Teléfono 2: _____

Informante: ¿responde la misma persona?

E557
Sí, es la misma persona 1

No, responde un miembro de este hogar 2

Anote el N° de persona **E558**

No, responde un miembro calificado de otro hogar 3

B - CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PERSONA ENTREVISTADA

B1 Fecha de nacimiento:

Anote fecha: _____

B2 Cédula de identidad:

Anote el número: _____

B3 Sexo al nacer:

PER_SEXO

Varón 1

Mujer 2

B4 ¿Tiene alguna discapacidad permanente?

PER_DISCAPACIDAD

Sí 1

No 2

B5 ¿Cuántos años cumplidos tiene?

E27

Anote la cantidad de años: _____

B6 ¿Cree tener ascendencia...

P1_NE

	Sí	No
... afro o negra? P1_NE_1	1	2
... asiática o amarilla? P1_NE_2	1	2
... blanca? P1_NE_3	1	2
... indígena? P1_NE_4	1	2
... otra? P1_NE_7A P1_NE_7	1	2
especificar		

B7 ¿Cuál considera la principal de las declaradas?

P1_NE_10

Afro o negra 1
Asiática o amarilla 2
Blanca 3
Indígena 4
Otra 5

B8 ¿Cuál es su relación de parentesco con el/la jefe/a?

E30

Jefe/a del hogar 1	pase a preg. B11
Esposo/a, compañero/a 2	
Hijo/a de ambos 3	
Hijo/a solo de la persona referente 4	
Hijo/a solo del esposo/a compañero/a 5	
Yerno / Nuera 6	
Padre / Madre 7	
Suegro/a 8	
Hermano/a 9	
Cuñado/a 10	
Nieto/a 11	si tiene 18 años o más pase a preg. B11
Otro/a pariente 12	
Otro/a no pariente 13	
Servicio doméstico o familiar del mismo 14	

B9 ¿La madre de {niño/a} vive en este hogar?

E31

Sí 1

¿Quién es?

E31_1

Anote el N° de persona: _____

No 2

B10 ¿El padre de {niño/a} vive en este hogar?

E32

Sí 1

¿Quién es?

E32_1

Añote el N° de persona

No 2

PARA MUJERES DE 14 AÑOS O MÁS**B11 ¿Ha tenido hijos nacidos vivos?**

E185

Sí 1

¿Cuántos?Añote la cantidad total E185_1 ¿Cuántos viven en este hogar? E186_1 ¿Cuántos viven en otro hogar en el país? E186_2 ¿Cuántos viven en el extranjero? E186_3 ¿Cuántos han fallecido? E186_4

No 2

C - SALUD**C1 ¿Tiene derechos vigentes en alguna de las siguientes instituciones de salud? En caso de contar con derechos en más de 1 institución, marque en la que se atiende habitualmente.**

E45_CV

MSP / ASSE (incluye Hospital de Clínicas) 1

Mutualista (IAMC) 2 *pase a preg. C3*Seguro médico privado 3 *pase a preg. C4*Hospital Policial / Militar 4 *pase a preg. C5*Área de salud del BPS 5 *pase a preg. C6*

Policlínica municipal 6

No cuenta con derechos en ninguna institución 7 *pase a preg. C8***C2 ¿Cómo accede a MSP / ASSE?**

E45_1_1_CV

A través de FONASA, miembro de este hogar 1

A través de FONASA, miembro de otro hogar 2

Por bajos recursos 3

Pagando arancel 4

A través de un miembro de este hogar (sin ser FONASA) 5

¿Cuál?

E45_1_1_1_CV

Añote el N° de persona

A través de otro que no es miembro del hogar (sin ser FONASA) 6

*Pase a preg. C6.***C3 ¿Cómo accede a IAMC?**

E45_2_1_CV

A través de FONASA, miembro de este hogar 1

A través de FONASA, miembro de otro hogar 2

Paga un miembro de este hogar 3

Paga el/la empleador/a de un miembro del hogar 4

¿Cuál?

E45_2_1_1_CV

Añote el N° de persona

A través de otro que no es miembro del hogar (sin ser FONASA, incluye ex empleador/a) 5

*Pase a preg. C6.***C4 ¿Cómo accede al Seguro Médico Privado?**

E45_3_1_CV

A través de FONASA, miembro de este hogar pagando complemento 1

A través de FONASA, miembro de otro hogar pagando complemento 2

Paga un miembro de este hogar 3

Paga el/la empleador/a de un miembro del hogar 4

¿Cuál?

E45_3_1_1_CV

Añote el N° de persona

A través de otro que no es miembro del hogar (sin ser FONASA, incluye ex empleador/a) 5

*Pase a preg. C6.***C5 ¿Cómo accede al Hospital Militar o Policial?**

E45_4_1_CV

A través de un miembro de este hogar 1

¿Cuál?

E45_4_1_1_CV

Añote el N° de persona

A través de un miembro de otro hogar 2

C6 ¿Tiene derechos vigentes de salud en alguna otra institución? En caso de contar con derechos en más de 2 instituciones, marque en la que se atiende habitualmente.

E45_CVA

MSP / ASSE (incluye Hospital de Clínicas) 1

Mutualista (IAMC) 2

Seguro médico privado 3

Hospital Policial / Militar 4

Área de salud del BPS 5

Policlínica municipal 6

No cuenta con derechos en ninguna otra institución 7 *pase a preg. C8***C7 ¿Se atiende en esta otra institución?**

E45_CVB

Sí 1

No 2

C8 ¿Está afiliado a algún sistema de emergencia móvil?

E46_CV

Sí 1

No 2 *pase al módulo D***C9 ¿Quién paga la cuota?**

E47_CV

Está incluida en la cuota de la IAMC 1

Paga un miembro de este hogar 2

Paga un miembro de otro hogar 3

Paga el/la empleador/a de un miembro del hogar 4

¿Cuál?

E47_1_CV

Añote el N° de persona **D - EDUCACIÓN****PARA PERSONAS DE 4 AÑOS O MENOS****D1 ¿Asiste actualmente a un centro de educación inicial? Incluye maternalitos, guarderías y preescolar.**

E50

Sí 1

No 2 *pase al módulo E*

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS

D2 ¿Sabe leer y escribir?

E75_1
Sí 1
No 2

D3 ¿Asiste o asistió a un centro educativo?

E193
Asiste actualmente 1
No asiste pero asistió 2 *pase a preg. D5*
Nunca asistió 3 *pase al módulo E*

D4 ¿Qué nivel está cursando actualmente?

P2_NE
Preescolar 1 *pase a preg.D9*
Primaria 2
Secundaria Ciclo Básico (CES o CETP, 7°, 8° y 9° nuevo plan) 3
Secundaria Segundo Ciclo (CES o CETP) 4 *pase a preg.D6*
Enseñanza técnica (UTU o similar) 5
Estudios terciarios (universitarios, profesorado, magisterio, terciario no universitario o similar) 6
Posgrado 7

D5 Solo para quienes no están cursando actualmente [preg. D3 = 2]. ¿Cuál fue el nivel más alto alcanzado?

P3_NE
Primaria completa o incompleta 1
Educación media ciclo básico completo o incompleto 2
Educación media superior completa o incompleta 3
Enseñanza técnica (UTU o similar) completa o incompleta 4
Estudios terciarios incompletos (magisterio, profesorado, universidad, otras carreras no universitarias) 5
Estudios terciarios de grado completos (magisterio, profesorado, universidad, otras carreras no universitarias) 6

D6 ¿Cuántos años aprobó en ese nivel?

P4_NE
Anote la cantidad en años

D7 Solo para quienes respondieron tener estudios terciarios de grado completos [preg. D5 = 6]. ¿Tiene estudios de posgrado?

P5_NE
Sí 1
Anote la cantidad en años *P5_NE_1*
No 2
NS / NC 89

D8 Solo para quienes asisten actualmente a Secundaria Segundo Ciclo (CES o CETP) o Enseñanza técnica (UTU o similar) [preg. D4 = 4, 5]. ¿Para hacer ese curso se exige o exigía...

E51_7_1
... Enseñanza Secundaria completa o más? 1
... Ciclo Básico (liceo o UTU)? 2
... Enseñanza Primaria completa? 3
... ninguna 4

D12 Solo para quienes asisten a un centro educativo actualmente [preg. D3 = 1]. ¿Recibe alimentación en el centro educativo?

E200
Sí 1
Semanalmente, ¿cuántas comidas recibe?
Desayuno *E200_1*
Almuerzos/Cenas *E200_2*
Meriendas *E200_3*
No 2

E - POLÍTICAS ALIMENTARIAS

E1 ¿Concurrió a alguna olla popular o comedor en los últimos 30 días?

E559
Sí, a un comedor 1
Sí, a una olla popular 2
Sí, a un comedor y una olla 3
No 4 *pase a preg. E4*

E2 ¿Cuántos desayunos y/o meriendas recibe por semana?

E559_1
Anote la cantidad

E3 ¿Cuántos almuerzos y/o cenas recibe por semana?

E559_2
Anote la cantidad

E4 ¿Recibe algún tipo de tarjeta?

E560
Sí 1

TUS-MIDES

E560_1
Sí 1

¿Cuánto recibió el mes anterior?

E560_1_1
Anote el valor

No 2

TUS-INDA

E560_2
Sí 1

¿Cuánto recibió el mes anterior?

E560_2_1
Anote el valor

No 2

No 2

E5 ¿Recibe algún tipo de canasta?

E59
Sí 1
No 2 *pase al módulo F*

E6 ¿Cuál canasta?

E246
Canasta para celiacos 7
Canasta MIDES (ej.: UCC, INDA, emergencia o cualquier otra proporcionada por el MIDES) 14
Otra *E246_1* 3
especificar

E7 ¿Cuántas mensualmente?

E247
Anote la cantidad

F - ACTIVIDAD LABORAL

PARA PERSONAS DE 14 O MÁS AÑOS, SINO FIN DEL CUESTIONARIO

F.1 SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

F1 Durante la semana pasada, ¿trabajó por lo menos una hora sin considerar los quehaceres del hogar?

F66
Sí 1 *pase a preg. F6*
No 2

F2 Durante la semana pasada, al menos durante una hora, ¿hizo algo para afuera, ayudó en un negocio o colaboró en el cuidado de animales, cultivos o huerta?

Sí 1
No 2 *pase a preg. F4*

F3 De lo que produce con su trabajo, ¿al menos una parte se destina a la venta?

Sí 1 *pase a preg. F6*
No 2
No corresponde porque hizo algo para afuera o ayudó en un negocio 98

F4 Aunque no trabajó la semana pasada, ¿tiene algún trabajo o negocio al que seguro volverá?

Sí 1
No 2 *pase al módulo F.4*

F5 ¿Por cuál motivo no trabajó la semana pasada?

F69
Por licencia (vacaciones, enfermedad, estudio, etc.) 1
Por poco trabajo o mal tiempo 2
Por huelga o conflicto laboral 4
Por atender hijos enfermos o cuidar a los hijos 5
Por atender otras personas dependientes del hogar 6
Por estar suspendido/a 7
Porque le despidieron 8
Por estar en seguro de paro 9
Por estar en seguro de desempleo 10

F6 ¿Cuántos trabajos tiene?

F70
Anote la cantidad

F.2 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO PRINCIPAL

F7 ¿En este trabajo es...

F73
... asalariado/a privado/a? 1
... asalariado/a publico/a? 2
... socio/a-miembro de cooperativa de producción o trabajo? 3
... patrón/a? 4
... cuenta propia? 5
... miembro del hogar no remunerado? 7
... trabajador/a de programa social de empleo? 8

F8 ¿Aporta a alguna caja de jubilaciones por este trabajo?

F82
Sí 1
No 2

F9 ¿Cuántas horas trabaja habitualmente por semana en este trabajo?

F85
Anote cantidad de horas
Si solo tiene 1 trabajo pase al módulo H y si no tiene trabajo pase al módulo F.4.

F.3 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO SECUNDARIO

SOLO SI TIENE MÁS DE 1 TRABAJO [preg. F6 > 1],
SINO PASE A F.4

F10 ¿En este trabajo es...

F92
... asalariado/a privado/a? 1
... asalariado/a publico/a? 2
... socio/a-miembro de cooperativa de producción o trabajo? 3
... patrón/a? 4
... cuenta propia? 5
... miembro del hogar no remunerado? 7
... trabajador/a de programa social de empleo? 8

F11 ¿Aporta a alguna caja de jubilaciones por este trabajo?

F96
Sí 1
No 2

F12 ¿Cuántas horas trabaja habitualmente por semana en este trabajo?

F98
Anote cantidad de horas
Pase al módulo G.

F.4 BÚSQUEDA DE TRABAJO PARA QUIENES NO TRABAJAN

SOLO SI NO TIENE UN TRABAJO O NEGOCIO AL QUE VOLVER
[preg. F4 = 2], SINO PASE AL MÓDULO G

F13 ¿Está disponible para comenzar a trabajar?

F106
Sí, ahora mismo 1
Sí, en otra época del año 2
No 3

F14 Durante la semana pasada, ¿estuvo buscando trabajo o tratando de establecer su propio negocio?

F107
Sí 1 *pase a preg. F17*
No 2

F15 ¿Por cuál de las siguientes causas no buscó trabajo ni trató de establecer su propio negocio?

F108
Está incapacitado/a físicamente 1
Tiene trabajo que comenzará en los próximos 30 días ... 2
Está esperando el resultado de gestiones ya emprendidas 3 *pase a preg. F17*
Buscó antes, no encontró y dejó de buscar 4
No tiene tiempo por las tareas de cuidado de niños/as o personas dependientes 7
No tiene tiempo por otras tareas domésticas 8
Ninguna razón en especial 6

F16 Aunque no buscó trabajo ni trató de establecer su propio negocio en la semana pasada, ¿había buscado o tratado de hacerlo en las últimas 4 semanas?

F109
Sí 1
No 2 *pase al módulo F.5*

F17 ¿Qué hizo principalmente para buscar trabajo o establecer su propio negocio?

- F110**
- | | |
|--|---|
| Puso o contestó avisos en diarios, etc. | 1 |
| Consultó con agencias de empleo..... | 2 |
| Consultó directamente con el/la empleador/a | 3 |
| Consultó con amigos o parientes | 4 |
| Hizo trámites, gestionó préstamos, buscó local o campo para establecerse. | 5 |
| Consultó por internet | 6 |
| Nada | 7 |

F18 ¿Cuánto tiempo hace que está buscando trabajo?

- F113**
- Anote cantidad de horas.....

F.5 TRABAJOS ANTERIORES DE NO OCUPADOS/AS

F19 ¿Ha trabajado antes (en su vida)?

- F116**
- | | | |
|----------|---|--------------------|
| Sí | 1 | pase al módulo G |
| No | 2 | pase al módulo G.3 |

G - INGRESOS PERSONALES

G.1 INGRESOS DE TRABAJADORES/AS DEPENDIENTES

PARA PERSONAS DE 14 AÑOS O MÁS Y SI NO TIENE UN TRABAJO O NEGOCIO AL QUE VOLVER [pregs. E27 > 13, F68_1 = 2], SINO PASE A PREG. G.2 PARA PERSONAS INACTIVAS O DESOCUPADAS

G1 A pesar de que actualmente no tiene un trabajo remunerado, el mes pasado...

... ¿recibió sueldos, jornales, aguinaldo, salario vacacional, horas extras u otro ingreso por algún trabajo anterior?

- G_ID_4**
- | | | |
|----------|---|--------------------|
| Sí | 1 | pase al módulo G.3 |
| No | 2 | |

... ¿recibió alimentos, bebidas o algún otro tipo de retribución en especie por algún trabajo anterior?

- G_ID_5**
- | | | |
|----------|---|--------------------|
| Sí | 1 | pase al módulo G.3 |
| No | 2 | pase al módulo G.2 |

PARA TRABAJADORES/AS NO DEPENDIENTES

G2 A pesar de que actualmente no tiene un trabajo en relación de dependencia, el mes pasado, ¿recibió sueldos, jornales, aguinaldo, salario vacacional, horas extras u otro ingreso por algún trabajo en relación de dependencia anterior?

- G_ID_4A**
- | | | |
|----------|---|--------------------|
| Sí | 1 | pase al módulo G.3 |
| No | 2 | |

... ¿recibió alimentos, bebidas o algún otro tipo de retribución en especie por algún trabajo en relación de dependencia anterior?

- G_ID_5A**
- | | | |
|----------|---|--------------------|
| Sí | 1 | |
| No | 2 | pase al módulo G.2 |

G.1.1 INGRESOS POR OCUPACIÓN PRINCIPAL EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

G3 ¿Cuánto recibió el mes pasado en su asalariado de mayores ingresos?

- G126**
- | | |
|---|---------------|
| Sueldos o jornales líquidos..... | G126_1 |
| Comisiones, incentivos, horas extras, habilitaciones..... | G126_2 |
| Viáticos no sujetos a rendición | G126_3 |
| Propinas..... | G126_4 |
| Aguinaldo..... | G126_5 |
| Salario vacacional..... | G126_6 |
| Pagos atrasados..... | G126_7 |
| Boletos de transporte..... | G126_8 |
| Tickets de alimentación | G126_9 |

G4 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿recibió alimentos o bebidas?

- G127**
- | | |
|---|---------------|
| Sí | 1 |
| El mes pasado, ¿cuántas comidas o monto recibió? | |
| Desayunos/Meriendas..... | G127_1 |
| Almuerzos/Cenas | G127_2 |
| Otro (monto estimado)..... | G127_3 |
| No | 2 |

G5 ¿Este trabajo se realiza en un predio agropecuario?

- G128_A**
- | | |
|----------|---|
| Sí | 1 |
| No | 2 |

G6 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿recibió vivienda o alojamiento?

- G129**
- | | |
|---|---|
| Sí | 1 |
| ¿Está en el medio urbano? | |
| Sí | 1 |
| Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado? | |
| G129_2 | |
| Anote la cantidad..... | |
| No | 2 |
| No | 2 |

G7 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿el mes pasado recibió otro tipo de retribución en especie (ej.: transporte, vestimenta, servicios de guardería, becas de estudio, productos de la empresa, etc.)?

- G130**
- | | |
|---|---|
| Sí | 1 |
| Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado? | |
| G130_1 | |
| Anote la cantidad..... | |
| No | 2 |

G8 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿recibió el mes pasado algún otro complemento pagado por su empleador/a (ej.: complemento al seguro de desempleo, por enfermedad, etc.)?

- G131**
- | | |
|---|---|
| Sí | 1 |
| El mes pasado, ¿cuál fue el valor que recibió? | |
| G131_1 | |
| Anote la cantidad..... | |
| No | 2 |

PARA EL/LA TRABAJADOR/A AGROPECUARIO/A

G9 En su lugar de trabajo, ¿tiene derecho a pastoreo?

G132
 Sí 1
 ¿Cuántos vacunos? **G132_1**
 ¿Cuántos ovinos? **G132_2**
 ¿Cuántos equinos? **G132_3**
 No 2
 No corresponde 3 *pase al módulo G.1.2*

G10 En su lugar de trabajo, ¿tiene derecho a cultivar o realizar alguna producción?

G133
 Sí 1
 ¿Cuánto hubiera tenido que pagar por esos productos que consumió el mes pasado?
G133_1
 Anote la cantidad
 ¿Cuánto dinero ganó por la venta de esos productos en los últimos 12 meses?
G133_2
 Anote la cantidad
 No 2

G.1.2 INGRESOS DE OTRAS OCUPACIONES EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

PARA OCUPADOS/AS CON 1 TRABAJO

G11 A pesar de que actualmente tiene un único trabajo remunerado, el mes pasado, ¿recibió ingresos por algún otro empleo asalariado?

G_ST_1
 Sí 1
 No 2 *pase al módulo G.2*

G12 ¿Cuánto recibió el mes pasado en sus otros empleos asalariados?

G134
 Sueldos o jornales líquidos **G134_1**
 Comisiones, incentivos, horas extras, habilitaciones **G134_2**
 Viáticos no sujetos a rendición **G134_3**
 Propinas **G134_4**
 Aguinaldo **G134_5**
 Salario vacacional **G134_6**
 Pagos atrasados **G134_7**
 Boletos de transporte **G134_8**
 Tickets de alimentación **G134_9**

G13 ¿Alguno de sus otros empleos asalariados se realiza en un predio agropecuario?

G134A
 Sí 1
 No 2

G14 En sus otros empleos asalariados, ¿recibió vivienda o alojamiento?

G135
 Sí 1
 El mes pasado, ¿cuántas comidas o monto recibió?
 Desayunos/Meriendas **G135_1**
 Almuerzos/Cenas **G135_2**
 Otro (monto estimado) **G135_3**
 No 2

G15 En su empleo asalariado de mayores ingresos, ¿recibió vivienda o alojamiento?

G137
 Sí 1
 ¿Está en un medio urbano?
G137_1
 Sí 1
 No 2
 Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado?
G137_2
 Anote la cantidad
 No 2

G16 En sus otros empleos asalariados, ¿el mes pasado recibió otro tipo de retribución en especie (ej.: transporte, vestimenta, servicios de guardería, becas de estudio, productos de la empresa, etc.)?

G138
 Sí 1
 Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado?
G138_1
 Anote la cantidad
 No 2

G17 En sus otros empleos asalariados de mayores ingresos ¿recibió el mes pasado algún otro complemento pagado por su empleador/a (ej.: complemento al seguro de desempleo, por enfermedad, etc.)?

G139
 Sí 1
 El mes pasado, ¿cuál fue el valor que recibió?
G139_1
 Anote la cantidad
 No 2

PARA TRABAJADORES/AS AGROPECUARIOS/AS

G18 En su lugar de trabajo, ¿tiene derecho a pastoreo?

G140
 Sí 1
 ¿Cuántos vacunos? **G140_1**
 ¿Cuántos ovinos? **G140_2**
 ¿Cuántos equinos? **G140_3**
 No 2

G19 En su lugar de trabajo, ¿tiene derecho a cultivar o realizar alguna producción?

G141
 Sí 1
 ¿Cuánto hubiera tenido que pagar por esos productos que consumió el mes pasado?
G141_1
 Anote la cantidad
 ¿Cuánto dinero ganó por la venta de esos productos en los últimos 12 meses?
G141_2
 Anote la cantidad
 No 2

G.2 INGRESOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A NO DEPENDIENTE (NEGOCIOS PROPIOS)

G20 El mes pasado, ¿retiró dinero para gastos de su hogar de negocios propios que tiene o tenía?

G_ITND_1

Sí 1

¿Cuánto dinero retiró el mes pasado para gastos de su hogar?

G142

Incluya sueldo si lo tiene 2

No 2

G21 En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por distribución de utilidades por un negocio propio que tiene o tenía?

G_ITND_2

Sí 1

Además de lo que gana mes a mes, ¿cuánto recibió en los últimos 12 meses por distribución de utilidades?

G143

No incluya lo ya anotado 2

No 2

G22 De lo que produce o vende en su negocio/empresa/actividad, ¿retira productos para su consumo propio o del hogar (alimentos, bebidas, productos de limpieza, etc.)? Si es trabajador/a agropecuario/a incluya carnes, lácteos, huevos, etc.

G144_A

Sí 1

Si el mes pasado hubiera tenido que pagar por estos bienes, ¿cuánto habría pagado?

G144_1A

Anote la cantidad 2

No 2

G23 ¿Es un negocio agropecuario?

G_2_1

Sí 1

No 2

SI ES NEGOCIO AGROPECUARIO

G24 En los últimos 12 meses, ¿recibió ingresos por medianería o aparcería, pastoreo o ganado a capitalización?

G_ITND_3

Sí 1

¿Cuánto recibió en los últimos 12 meses?

G_148_1A

Anote la cantidad 2

No 2

G.3 INGRESOS POR TRANSFERENCIAS

G25 ¿Cuánto percibió el mes pasado por los siguientes conceptos?

Jubilación G_148_2A_1

Pensión G_148_2A_2

Pensión alimenticia (del país o del extranjero) G_148_2A_3

Tarjeta Uruguay Social o Tarjeta MIDES G_148_2A_4

Asignación familiar (no incluida en el sueldo) G_148_2A_5

Hogar constituido (no incluido en el sueldo) G_148_2A_6

Subsidio por enfermedad (BPS o BSE) G_148_2A_7

Seguro por desempleo G_148_2A_8

Indemnización por despido G_148_2A_9

Compensación por accidente, maternidad o enfermedad G_148_4

Becas, subsidios o donaciones (del país o del extranjero) G_148_4_C_1

G.4 OTROS INGRESOS

G26 ¿En los últimos 12 meses recibió alguna devolución por FONASA?

G258

Sí 1

¿Cuánto?

G258_1

Anote el monto 2

No 2



Diseño y diagramación: Departamento Difusión y Comunicación
www.ine.gub.uy / difusion@ine.gub.uy /     