

B. DATOS DE LA VIVIENDA (para el primer hogar de la vivienda)

1. Tipo de vivienda (diligencie por observación)

Casa 1

Apartamento 2

Cuarto(s) 3

Otra vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, refugio natural, etc.) 4

2. ¿La vivienda cuenta con el servicio de energía eléctrica?

Sí 1 No 2 Estrato para tarifa

3. La vivienda ocupada por este hogar es:

Propia 1

En arriendo o subarriendo 2

En usufructo 3

Otra forma de tenencia (posesión sin título, ocupante de hecho, propiedad colectiva) 4

C. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD EN EL BARRIO Y EN EL HOGAR (para todos los hogares de la vivienda, responde el jefe del hogar o su cónyuge)1. Durante 2013, cuáles de los siguientes problemas sabe usted se presentaron en el barrio YYYYYYYYYY:

a. Hurto a personas	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	g. Expendio o distribución de drogas	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
b. Hurto a residencias	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	h. Riñas	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
c. Hurto a comercio	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	i. Vandalismo	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
d. Hurto de vehículos	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	j. Consumo de drogas	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
e. Homicidios	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	k. Petardos o granadas	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
f. Extorsiones	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>			

2. Durante 2013, cuáles de las siguientes medidas tomaron en este hogar para protegerse de la delincuencia:

a. Rejas, cerraduras de seguridad, trancas, candados, etc.	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
b. Alarmas, cámaras de vigilancia, circuitos cerrados de seguridad, etc.	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
c. Vigilancia privada	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
d. Armas de fuego	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
e. Seguros contra robo	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
f. Se acudió a seguridad informal	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
g. Se cambiaron de vivienda	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

D. HURTO A RESIDENCIA (para todos los hogares de la vivienda, responde el jefe del hogar o su cónyuge)

1. En lo corrido del 2014, ¿este hogar ha sufrido de hurto a residencia?

Sí 1 No 2

2. Durante el 2013, ¿este hogar sufrió de hurto a residencia?

Sí 1 Continúe → Cuántas veces Cuántos denunció

No 2 Pase al capítulo E

A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.

3. ¿Cuándo se presentó el último o único hurto?

Enero 2013	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Julio 2013	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
Febrero 2013	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Agosto 2013	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
Marzo 2013	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2013	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
Abril 2013	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Octubre 2013	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
Mayo 2013	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2013	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>
Junio 2013	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2013	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>

D. HURTO A RESIDENCIA (para todos los hogares de la vivienda, responde el jefe del hogar o su cónyuge) (continuación)

4. ¿De qué forma ingresaron los delincuentes a la residencia?

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Manipulación o violencia de cerradura, puerta o ventana | <input type="text" value="1"/> |
| Abuso de confianza | <input type="text" value="2"/> |
| Descuido | <input type="text" value="3"/> |
| Amenaza o uso de la fuerza en contra de alguna(s) persona(s) para permitir el ingreso | <input type="text" value="4"/> |
| Suplantación de autoridad o engaño | <input type="text" value="5"/> |
| Saltar tapia, muro, terraza o tejado | <input type="text" value="6"/> |
| Otro, ¿cuál? _____ | <input type="text" value="7"/> |
| No sabe, no responde | <input type="text" value="9"/> |

5. Los bienes sustraídos en el último o único hurto eran:

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a. De uso personal | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| b. Muebles y enseres | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| c. Dinero | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| d. Otro, ¿cuál? _____ | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |

6. ¿En cuánto estima el valor de los objetos hurtados?

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| De \$ 100.000 o menos | <input type="text" value="1"/> | De \$ 100.001 a \$ 500.000 | <input type="text" value="2"/> |
| De \$ 500.001 a \$ 1.000.000 | <input type="text" value="3"/> | De \$ 1.000.001 a \$ 2.000.000 | <input type="text" value="4"/> |
| De \$ 2.000.001 o más | <input type="text" value="5"/> | | |

7. ¿A qué hora ocurrió el hurto?

- | | | | |
|----------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. | <input type="text" value="1"/> | Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. | <input type="text" value="2"/> |
| Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. | <input type="text" value="3"/> | Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. | <input type="text" value="4"/> |
| No sabe, no responde | <input type="text" value="9"/> | | |

8. ¿Se encontraba alguna persona en la residencia al momento del hurto?

- Sí Continúe
 No Pase a 10

9. Durante el hurto, se amenazó o agredió a alguien utilizando:

- | | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Arma de fuego | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| b. Arma blanca (objetos corto-punzantes) | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.) | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| d. Otro, ¿cuál? _____ | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |

10. En el momento del hurto, con cuáles de los siguientes sistemas de seguridad contaba el hogar:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Vigilancia privada o informal | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| b. Cámaras de vigilancia, alarmas y/o sensores de movimiento | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| c. Cerraduras de seguridad y/o rejas | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |

11. Como consecuencia del hurto, ¿se tomó alguna medida de seguridad?

- Sí Continúe
 No Pase a 13

12. Qué medidas de seguridad se tomaron en el hogar:

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| a. Se permanece más tiempo en la vivienda | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| b. Se recurrió a vigilancia privada o informal | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| c. Se compraron cámaras de vigilancia, alarmas y/o sensores de movimiento | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| d. Se compraron cerraduras de seguridad | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| e. Se adquirió un perro guardián | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |
| f. El hogar cambió de vivienda | Sí <input type="text" value="1"/> | No <input type="text" value="2"/> |

NÚMERO DE ORDEN DE LAS PERSONAS DEL HOGAR	1	01	02
Registre el (los) nombre(s) y apellido(s) de todas las personas que conforman este hogar	2	_____	_____
Sexo:	3	Hombre <input type="text"/> <input type="text"/> Mujer <input type="text"/> <input type="text"/>	Hombre <input type="text"/> <input type="text"/> Mujer <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuántos años cumplidos tiene ...?	4	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

E. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS (para todas las personas del hogar)

¿Cuál es el parentesco de... con la persona jefe o jefa del hogar?	5	Jefe(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Cónyuge, compañero(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Hijo(a) o hijastro(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Yerno, nuera <input type="text"/> <input type="text"/> Nieto(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Padre, madre, suegro(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Hermano(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Otro pariente <input type="text"/> <input type="text"/> Empleado del servicio doméstico <input type="text"/> <input type="text"/> Otro no pariente <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>	Jefe(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Cónyuge, compañero(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Hijo(a) o hijastro(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Yerno, nuera <input type="text"/> <input type="text"/> Nieto(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Padre, madre, suegro(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Hermano(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Otro pariente <input type="text"/> <input type="text"/> Empleado del servicio doméstico <input type="text"/> <input type="text"/> Otro no pariente <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>
¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel?	6	Ninguno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Preescolar <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Básica primaria (1-5) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Básica secundaria (6-9) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Media (10-13) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Superior o universitaria <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/No informa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ninguno <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Preescolar <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Básica primaria (1-5) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Básica secundaria (6-9) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Media (10-13) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Superior o universitaria <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe/No informa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
... actualmente:	7	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="text"/> <input type="text"/> No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="text"/> <input type="text"/> Está casado(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Está viudo(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Está separado(a) o divorciado(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Está soltero(a) <input type="text"/> <input type="text"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años <input type="text"/> <input type="text"/> No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más <input type="text"/> <input type="text"/> Está casado(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Está viudo(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Está separado(a) o divorciado(a) <input type="text"/> <input type="text"/> Está soltero(a) <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuánto tiempo lleva ... viviendo en la ciudad de <u>XXXXXXXXXX</u> ?	8	Menos de 1 año <input type="text"/> <input type="text"/> Entre 1 y menos de 5 años <input type="text"/> <input type="text"/> Entre 5 y menos de 10 años <input type="text"/> <input type="text"/> 10 años y más <input type="text"/> <input type="text"/>	Menos de 1 año <input type="text"/> <input type="text"/> Entre 1 y menos de 5 años <input type="text"/> <input type="text"/> Entre 5 y menos de 10 años <input type="text"/> <input type="text"/> 10 años y más <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuánto tiempo lleva ... viviendo en el barrio de <u>YYYYYYYYYY</u> ?	9	Menos de 1 año <input type="text"/> <input type="text"/> Entre 1 y menos de 5 años <input type="text"/> <input type="text"/> Entre 5 y menos de 10 años <input type="text"/> <input type="text"/> 10 años y más <input type="text"/> <input type="text"/>	Menos de 1 año <input type="text"/> <input type="text"/> Entre 1 y menos de 5 años <input type="text"/> <input type="text"/> Entre 5 y menos de 10 años <input type="text"/> <input type="text"/> 10 años y más <input type="text"/> <input type="text"/>
¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo la semana pasada?	10	Trabajando <input type="text"/> <input type="text"/> Buscando trabajo <input type="text"/> <input type="text"/> Estudiando <input type="text"/> <input type="text"/> Oficios del hogar <input type="text"/> <input type="text"/> Incapacitado permanente para trabajar <input type="text"/> <input type="text"/> Pensionado <input type="text"/> <input type="text"/> Ocio <input type="text"/> <input type="text"/> Otra actividad, ¿cuál? <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>	Trabajando <input type="text"/> <input type="text"/> Buscando trabajo <input type="text"/> <input type="text"/> Estudiando <input type="text"/> <input type="text"/> Oficios del hogar <input type="text"/> <input type="text"/> Incapacitado permanente para trabajar <input type="text"/> <input type="text"/> Pensionado <input type="text"/> <input type="text"/> Ocio <input type="text"/> <input type="text"/> Otra actividad, ¿cuál? <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>

E. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS (para todas las personas del hogar)

Jefe(a)	<input type="text" value="1"/>	Jefe(a)	<input type="text" value="1"/>	Jefe(a)	<input type="text" value="1"/>	Jefe(a)	<input type="text" value="1"/>	5
Cónyuge, compañero(a)	<input type="text" value="2"/>	Cónyuge, compañero(a)	<input type="text" value="2"/>	Cónyuge, compañero(a)	<input type="text" value="2"/>	Cónyuge, compañero(a)	<input type="text" value="2"/>	
Hijo(a) o hijastro(a)	<input type="text" value="3"/>	Hijo(a) o hijastro(a)	<input type="text" value="3"/>	Hijo(a) o hijastro(a)	<input type="text" value="3"/>	Hijo(a) o hijastro(a)	<input type="text" value="3"/>	
Yerno, nuera	<input type="text" value="4"/>	Yerno, nuera	<input type="text" value="4"/>	Yerno, nuera	<input type="text" value="4"/>	Yerno, nuera	<input type="text" value="4"/>	
Nieto(a)	<input type="text" value="5"/>	Nieto(a)	<input type="text" value="5"/>	Nieto(a)	<input type="text" value="5"/>	Nieto(a)	<input type="text" value="5"/>	
Padre, madre, suegro(a)	<input type="text" value="6"/>	Padre, madre, suegro(a)	<input type="text" value="6"/>	Padre, madre, suegro(a)	<input type="text" value="6"/>	Padre, madre, suegro(a)	<input type="text" value="6"/>	
Hermano(a)	<input type="text" value="7"/>	Hermano(a)	<input type="text" value="7"/>	Hermano(a)	<input type="text" value="7"/>	Hermano(a)	<input type="text" value="7"/>	
Otro pariente	<input type="text" value="8"/>	Otro pariente	<input type="text" value="8"/>	Otro pariente	<input type="text" value="8"/>	Otro pariente	<input type="text" value="8"/>	
Empleado del servicio doméstico	<input type="text" value="9"/>	Empleado del servicio doméstico	<input type="text" value="9"/>	Empleado del servicio doméstico	<input type="text" value="9"/>	Empleado del servicio doméstico	<input type="text" value="9"/>	
Otro no pariente	<input type="text" value="10"/>	Otro no pariente	<input type="text" value="10"/>	Otro no pariente	<input type="text" value="10"/>	Otro no pariente	<input type="text" value="10"/>	
<i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>		<i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>		<i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>		<i>Si tiene menos de 15 años, termine la encuesta para esta persona.</i>		
Ninguno	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	Ninguno	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	Ninguno	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	Ninguno	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>	6
Preescolar	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	Preescolar	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	Preescolar	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	Preescolar	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	
Básica primaria (1-5)	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/>	Básica primaria (1-5)	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/>	Básica primaria (1-5)	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/>	Básica primaria (1-5)	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/>	
Básica secundaria (6-9)	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/>	Básica secundaria (6-9)	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/>	Básica secundaria (6-9)	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/>	Básica secundaria (6-9)	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/>	
Media (10-13)	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/>	Media (10-13)	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/>	Media (10-13)	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/>	Media (10-13)	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="1"/>	
Superior o universitaria	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/>	Superior o universitaria	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/>	Superior o universitaria	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/>	Superior o universitaria	<input type="text" value="6"/> <input type="text" value=""/>	
No sabe/No informa	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>	No sabe/No informa	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>	No sabe/No informa	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>	No sabe/No informa	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>	
No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años	<input type="text" value="1"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años	<input type="text" value="1"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años	<input type="text" value="1"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años	<input type="text" value="1"/>	7
No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más	<input type="text" value="2"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más	<input type="text" value="2"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más	<input type="text" value="2"/>	No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más	<input type="text" value="2"/>	
Está casado(a)	<input type="text" value="3"/>	Está casado(a)	<input type="text" value="3"/>	Está casado(a)	<input type="text" value="3"/>	Está casado(a)	<input type="text" value="3"/>	
Está viudo(a)	<input type="text" value="4"/>	Está viudo(a)	<input type="text" value="4"/>	Está viudo(a)	<input type="text" value="4"/>	Está viudo(a)	<input type="text" value="4"/>	
Está separado(a) o divorciado(a)	<input type="text" value="5"/>	Está separado(a) o divorciado(a)	<input type="text" value="5"/>	Está separado(a) o divorciado(a)	<input type="text" value="5"/>	Está separado(a) o divorciado(a)	<input type="text" value="5"/>	
Está soltero(a)	<input type="text" value="6"/>	Está soltero(a)	<input type="text" value="6"/>	Está soltero(a)	<input type="text" value="6"/>	Está soltero(a)	<input type="text" value="6"/>	
Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	8
Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	
Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	
10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	
Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	Menos de 1 año	<input type="text" value="1"/>	9
Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	Entre 1 y menos de 5 años	<input type="text" value="2"/>	
Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	Entre 5 y menos de 10 años	<input type="text" value="3"/>	
10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	10 años y más	<input type="text" value="4"/>	
Trabajando	<input type="text" value="1"/>	Trabajando	<input type="text" value="1"/>	Trabajando	<input type="text" value="1"/>	Trabajando	<input type="text" value="1"/>	10
Buscando trabajo	<input type="text" value="2"/>	Buscando trabajo	<input type="text" value="2"/>	Buscando trabajo	<input type="text" value="2"/>	Buscando trabajo	<input type="text" value="2"/>	
Estudiando	<input type="text" value="3"/>	Estudiando	<input type="text" value="3"/>	Estudiando	<input type="text" value="3"/>	Estudiando	<input type="text" value="3"/>	
Oficios del hogar	<input type="text" value="4"/>	Oficios del hogar	<input type="text" value="4"/>	Oficios del hogar	<input type="text" value="4"/>	Oficios del hogar	<input type="text" value="4"/>	
Incapacitado permanente para trabajar	<input type="text" value="5"/>	Incapacitado permanente para trabajar	<input type="text" value="5"/>	Incapacitado permanente para trabajar	<input type="text" value="5"/>	Incapacitado permanente para trabajar	<input type="text" value="5"/>	
Pensionado	<input type="text" value="6"/>	Pensionado	<input type="text" value="6"/>	Pensionado	<input type="text" value="6"/>	Pensionado	<input type="text" value="6"/>	
Ocio	<input type="text" value="7"/>	Ocio	<input type="text" value="7"/>	Ocio	<input type="text" value="7"/>	Ocio	<input type="text" value="7"/>	
Otra actividad, ¿cuál?	<input type="text" value="8"/>	Otra actividad, ¿cuál?	<input type="text" value="8"/>	Otra actividad, ¿cuál?	<input type="text" value="8"/>	Otra actividad, ¿cuál?	<input type="text" value="8"/>	
<i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>		<i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>		<i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>		<i>Si la persona respondió «Trabajando» (opción 1), continúe; de lo contrario, pase al capítulo F.</i>		

E. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS (para todas las personas del hogar) (conclusión)

Principalmente, en qué lugar realiza ... esta actividad:	11	En esta vivienda	<input type="text" value="1"/>	En esta vivienda	<input type="text" value="1"/>
		En otras viviendas	<input type="text" value="2"/>	En otras viviendas	<input type="text" value="2"/>
		En kiosco-caseta	<input type="text" value="3"/>	En kiosco-caseta	<input type="text" value="3"/>
		En un vehículo	<input type="text" value="4"/>	En un vehículo	<input type="text" value="4"/>
		De puerta en puerta	<input type="text" value="5"/>	De puerta en puerta	<input type="text" value="5"/>
		Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="6"/>	Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="6"/>
		Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="7"/>	Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="7"/>
		En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="8"/>	En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="8"/>
		En una obra en construcción	<input type="text" value="9"/>	En una obra en construcción	<input type="text" value="9"/>
		En una mina o cantera	<input type="text" value="10"/>	En una mina o cantera	<input type="text" value="10"/>
		En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>
Normalmente, en qué jornada desarrolla... esta actividad:	12	Diurna	<input type="text" value="1"/>	Diurna	<input type="text" value="1"/>
		Nocturna	<input type="text" value="2"/>	Nocturna	<input type="text" value="2"/>
		Ambas	<input type="text" value="3"/>	Ambas	<input type="text" value="3"/>

F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más)

En general, cómo se siente ... en el barrio <u>YYYYYYYYYY</u> :	1	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe																																																												
Qué tan inseguro(a):	2	Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>	Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>																																																												
... se siente inseguro(a) en el barrio <u>YYYYYYYYYY</u> :	3	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>g. Porque existen expendios de droga (ollas).</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>g. Porque existen expendios de droga (ollas).</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> <tr> <td>i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales.</td> <td><input type="text" value="1"/></td> <td><input type="text" value="2"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
	Sí	No																																																													
a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
g. Porque existen expendios de droga (ollas).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
	Sí	No																																																													
a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
g. Porque existen expendios de droga (ollas).	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales.	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>																																																													
En general, cómo se siente... en la ciudad de <u>XXXXXXXXXX</u> :	4	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe																																																												

E. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS (para todas las personas del hogar) (conclusión)

En esta vivienda	<input type="text" value="1"/>	En esta vivienda	<input type="text" value="1"/>	En esta vivienda	<input type="text" value="1"/>	En esta vivienda	<input type="text" value="1"/>	11
En otras viviendas	<input type="text" value="2"/>	En otras viviendas	<input type="text" value="2"/>	En otras viviendas	<input type="text" value="2"/>	En otras viviendas	<input type="text" value="2"/>	
En kiosco-caseta	<input type="text" value="3"/>	En kiosco-caseta	<input type="text" value="3"/>	En kiosco-caseta	<input type="text" value="3"/>	En kiosco-caseta	<input type="text" value="3"/>	
En un vehículo	<input type="text" value="4"/>	En un vehículo	<input type="text" value="4"/>	En un vehículo	<input type="text" value="4"/>	En un vehículo	<input type="text" value="4"/>	
De puerta en puerta	<input type="text" value="5"/>	De puerta en puerta	<input type="text" value="5"/>	De puerta en puerta	<input type="text" value="5"/>	De puerta en puerta	<input type="text" value="5"/>	
Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="6"/>	Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="6"/>	Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="6"/>	Sitio al descubierto en la calle	<input type="text" value="6"/>	
Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="7"/>	Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="7"/>	Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="7"/>	Local fijo, oficina, fábrica, etc.	<input type="text" value="7"/>	
En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="8"/>	En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="8"/>	En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="8"/>	En el campo o área rural, mar o río	<input type="text" value="8"/>	
En una obra en construcción	<input type="text" value="9"/>	En una obra en construcción	<input type="text" value="9"/>	En una obra en construcción	<input type="text" value="9"/>	En una obra en construcción	<input type="text" value="9"/>	
En una mina o cantera	<input type="text" value="10"/>	En una mina o cantera	<input type="text" value="10"/>	En una mina o cantera	<input type="text" value="10"/>	En una mina o cantera	<input type="text" value="10"/>	
En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>	
Diurna	<input type="text" value="1"/>	Diurna	<input type="text" value="1"/>	Diurna	<input type="text" value="1"/>	Diurna	<input type="text" value="1"/>	12
Nocturna	<input type="text" value="2"/>	Nocturna	<input type="text" value="2"/>	Nocturna	<input type="text" value="2"/>	Nocturna	<input type="text" value="2"/>	
Ambas	<input type="text" value="3"/>	Ambas	<input type="text" value="3"/>	Ambas	<input type="text" value="3"/>	Ambas	<input type="text" value="3"/>	

F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 4 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	1
Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>	Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>	Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>	Mucho <input type="text" value="1"/> Algo <input type="text" value="2"/> Poco <input type="text" value="3"/>	2
Sí No a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	Sí No a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	Sí No a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	Sí No a. Porque usted, familiares o amigos han sido víctimas de agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	3
b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Por información que ve en los medios o escucha en la calle. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Porque hay poca presencia de la fuerza pública (Policía, Ejército). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	d. Porque hay delincuencia común, robos, agresiones. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	e. Porque hay presencia de pandillas y/o combos. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	f. Porque existen lotes baldíos o vías públicas sin iluminación. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	g. Porque existen expendios de droga (ollas). <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	h. Porque existen basureros y/o botaderos de basura. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	i. Porque hay presencia de guerrilla y/o bandas criminales. <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	
Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	Seguro(a) <input type="text" value="1"/> Pase a 7 Inseguro(a) <input type="text" value="2"/> Continúe	4

F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

<p>Con respecto a la seguridad, cómo se siente ... en los siguientes lugares:</p>	<p>9</p>	<p>a. Donde realiza su actividad principal Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>c. Plazas de mercado, calles comerciales Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones) Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>e. Cajeros automáticos en vía pública Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>f. En vía pública Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Donde realiza su actividad principal Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>c. Plazas de mercado, calles comerciales Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones) Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>e. Cajeros automáticos en vía pública Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>f. En vía pública Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>g. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>
<p>Cuál es la principal medida que toma para su seguridad:</p>	<p>10</p>	<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>
<p>Para ... en cuáles de las siguientes situaciones justificaría usar la violencia:</p>	<p>11</p>	<p>Sí No</p> <p>a. Para ayudarle a la familia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Para castigar un delincuente <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Cuando es en defensa propia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. En caso de infidelidad <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Para defender a un desconocido de una agresión <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Para defender propiedades o bienes <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>Sí No</p> <p>a. Para ayudarle a la familia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>b. Para castigar un delincuente <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>c. Cuando es en defensa propia <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>d. En caso de infidelidad <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>e. Para defender a un desconocido de una agresión <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>f. Para defender propiedades o bienes <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>

OBSERVACIONES

F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

<p>a. Donde realiza su actividad principal</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Donde realiza su actividad principal</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Donde realiza su actividad principal</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Donde realiza su actividad principal</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	9
<p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>b. Parques públicos, espacios recreativos o deportivos</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	
<p>c. Plazas de mercado, calles comerciales</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>c. Plazas de mercado, calles comerciales</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>c. Plazas de mercado, calles comerciales</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>c. Plazas de mercado, calles comerciales</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	
<p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>d. Transporte público (incluyendo paraderos y estaciones)</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	
<p>e. Cajeros automáticos en vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>e. Cajeros automáticos en vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>e. Cajeros automáticos en vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>e. Cajeros automáticos en vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	
<p>f. En vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>f. En vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>f. En vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>f. En vía pública</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	
<p>g. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>g. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>g. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	<p>g. Discotecas, bares o sitios de entretenimiento</p> <p>Seguro <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Inseguro <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No frecuenta el sitio <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p>	
<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>Cambia de rutina o de actividades <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir de noche <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Sale solamente a lo necesario, evita frecuentar sitios públicos <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Evita salir solo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Evita hablar con desconocidos <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Evita portar grandes cantidades de dinero u objetos de valor <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otra <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	10
<p>a. Para ayudarle a la familia</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Para ayudarle a la familia</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Para ayudarle a la familia</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>a. Para ayudarle a la familia</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	11
<p>b. Para castigar un delincuente</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>b. Para castigar un delincuente</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>b. Para castigar un delincuente</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>b. Para castigar un delincuente</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	
<p>c. Cuando es en defensa propia</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>c. Cuando es en defensa propia</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>c. Cuando es en defensa propia</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>c. Cuando es en defensa propia</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	
<p>d. En caso de infidelidad</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>d. En caso de infidelidad</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>d. En caso de infidelidad</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>d. En caso de infidelidad</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	
<p>e. Para defender a un desconocido de una agresión</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>e. Para defender a un desconocido de una agresión</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>e. Para defender a un desconocido de una agresión</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>e. Para defender a un desconocido de una agresión</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	
<p>f. Para defender propiedades o bienes</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>f. Para defender propiedades o bienes</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>f. Para defender propiedades o bienes</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p>f. Para defender propiedades o bienes</p> <p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	

OBSERVACIONES

F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

Qué haría... si es testigo de un hecho delictivo, como hurto o agresión física:	12	Acude en ayuda de la persona	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Acude en ayuda de la persona	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
		Pide auxilio	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pide auxilio	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
		Huye	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Huye	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
		No hace nada	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	No hace nada	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

En lo corrido de 2014, ¿ha sido propietario(a) de algún vehículo?	1	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																								
Durante el 2013 ¿... fue propietario(a) de alguno de los siguientes tipos de vehículos?:	2	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Automóvil u otro auto-motor</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i></p>		Sí	No	a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Motocicleta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. Automóvil u otro auto-motor</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i></p>		Sí	No	a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Motocicleta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	Sí	No																									
a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
b. Motocicleta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
	Sí	No																									
a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
b. Motocicleta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
En lo corrido del 2014, ¿alguno de estos vehículos ha sido hurtado (completo o alguna parte)?	3	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																								
Durante el 2013, ¿alguno de estos vehículos fue hurtado (completo o alguna parte)?	4	<table border="0"> <tr> <td>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td>→ Cuántas veces</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cuántos denunció</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Pase al capítulo H</td> </tr> </table>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	→ Cuántas veces	<input type="checkbox"/>		Cuántos denunció	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo H		<table border="0"> <tr> <td>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td>→ Cuántas veces</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cuántos denunció</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">Pase al capítulo H</td> </tr> </table>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	→ Cuántas veces	<input type="checkbox"/>		Cuántos denunció	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo H							
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	→ Cuántas veces	<input type="checkbox"/>																									
	Cuántos denunció	<input type="checkbox"/>																									
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo H																										
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	→ Cuántas veces	<input type="checkbox"/>																									
	Cuántos denunció	<input type="checkbox"/>																									
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo H																										

A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.

¿Cuándo se presentó el último o único hurto?	5	<table border="0"> <tr><td>Enero 2013</td><td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Febrero 2013</td><td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Marzo 2013</td><td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Abril 2013</td><td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mayo 2013</td><td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Junio 2013</td><td><input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Julio 2013</td><td><input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Agosto 2013</td><td><input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Septiembre 2013</td><td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Octubre 2013</td><td><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Noviembre 2013</td><td><input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diciembre 2013</td><td><input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Enero 2013	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Febrero 2013	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Marzo 2013	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Abril 2013	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Mayo 2013	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Junio 2013	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Julio 2013	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Agosto 2013	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2013	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Octubre 2013	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2013	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2013	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr><td>Enero 2013</td><td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Febrero 2013</td><td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Marzo 2013</td><td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Abril 2013</td><td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mayo 2013</td><td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Junio 2013</td><td><input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Julio 2013</td><td><input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Agosto 2013</td><td><input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Septiembre 2013</td><td><input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Octubre 2013</td><td><input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Noviembre 2013</td><td><input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diciembre 2013</td><td><input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Enero 2013	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Febrero 2013	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Marzo 2013	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Abril 2013	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Mayo 2013	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Junio 2013	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Julio 2013	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Agosto 2013	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2013	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Octubre 2013	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2013	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2013	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
Enero 2013	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																																																		
Febrero 2013	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																		
Marzo 2013	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																																																		
Abril 2013	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																		
Mayo 2013	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																																																		
Junio 2013	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																																																		
Julio 2013	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>																																																		
Agosto 2013	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>																																																		
Septiembre 2013	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																																		
Octubre 2013	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>																																																		
Noviembre 2013	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>																																																		
Diciembre 2013	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>																																																		
Enero 2013	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																																																		
Febrero 2013	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																		
Marzo 2013	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																																																		
Abril 2013	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																		
Mayo 2013	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																																																		
Junio 2013	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																																																		
Julio 2013	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>																																																		
Agosto 2013	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>																																																		
Septiembre 2013	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>																																																		
Octubre 2013	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>																																																		
Noviembre 2013	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>																																																		
Diciembre 2013	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>																																																		
En el único o último hurto, ¿qué tipo de vehículo (parte o completo) le fue hurtado a...?	6	<table border="0"> <tr> <td>a. Automóvil u otro automotor</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Continúe</td> </tr> <tr> <td>b. Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 8</td> </tr> <tr> <td>c. Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 8</td> </tr> </table>	a. Automóvil u otro automotor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Continúe	b. Motocicleta	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 8	c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Pase a 8	<table border="0"> <tr> <td>a. Automóvil u otro automotor</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Continúe</td> </tr> <tr> <td>b. Motocicleta</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 8</td> </tr> <tr> <td>c. Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 8</td> </tr> </table>	a. Automóvil u otro automotor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Continúe	b. Motocicleta	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 8	c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																														
a. Automóvil u otro automotor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Continúe																																																	
b. Motocicleta	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																																	
c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																																	
a. Automóvil u otro automotor	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Continúe																																																	
b. Motocicleta	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																																	
c. Bicicleta	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																																	
El vehículo es o era:	7	<table border="0"> <tr><td>a. Automóvil sedán o cupé</td><td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b. Camper o camioneta</td><td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. Bus o microbús</td><td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d. Camión o tractomula</td><td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	a. Automóvil sedán o cupé	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Camper o camioneta	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Bus o microbús	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	d. Camión o tractomula	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr><td>a. Automóvil sedán o cupé</td><td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>b. Camper o camioneta</td><td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>c. Bus o microbús</td><td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>d. Camión o tractomula</td><td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	a. Automóvil sedán o cupé	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Camper o camioneta	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Bus o microbús	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	d. Camión o tractomula	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																
a. Automóvil sedán o cupé	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																																																		
b. Camper o camioneta	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																		
c. Bus o microbús	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																																																		
d. Camión o tractomula	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																		
a. Automóvil sedán o cupé	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																																																		
b. Camper o camioneta	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																		
c. Bus o microbús	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																																																		
d. Camión o tractomula	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																																																		
¿A... le hurtaron el vehículo completo o una parte?	8	<table border="0"> <tr> <td>Una parte del vehículo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Continúe</td> </tr> <tr> <td>Vehículo completo</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 10</td> </tr> </table>	Una parte del vehículo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Continúe	Vehículo completo	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 10	<table border="0"> <tr> <td>Una parte del vehículo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td>Continúe</td> </tr> <tr> <td>Vehículo completo</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 10</td> </tr> </table>	Una parte del vehículo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Continúe	Vehículo completo	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 10																																				
Una parte del vehículo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Continúe																																																	
Vehículo completo	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 10																																																	
Una parte del vehículo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Continúe																																																	
Vehículo completo	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Pase a 10																																																	

F. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

Acude en ayuda de la persona	<input type="text" value="1"/>	Acude en ayuda de la persona	<input type="text" value="1"/>	Acude en ayuda de la persona	<input type="text" value="1"/>	Acude en ayuda de la persona	<input type="text" value="1"/>
Pide auxilio	<input type="text" value="2"/>	Pide auxilio	<input type="text" value="2"/>	Pide auxilio	<input type="text" value="2"/>	Pide auxilio	<input type="text" value="2"/>
Huye	<input type="text" value="3"/>	Huye	<input type="text" value="3"/>	Huye	<input type="text" value="3"/>	Huye	<input type="text" value="3"/>
No hace nada	<input type="text" value="4"/>	No hace nada	<input type="text" value="4"/>	No hace nada	<input type="text" value="4"/>	No hace nada	<input type="text" value="4"/>

12

G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	a. Automóvil u otro auto-motor	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
b. Motocicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Motocicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Motocicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	b. Motocicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
c. Bicicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Bicicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Bicicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>	c. Bicicleta	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/>
<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i>		<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i>		<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i>		<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo H</i>	
Sí <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>	Sí <input type="text" value="1"/>	No <input type="text" value="2"/>
Sí <input type="text" value="1"/> → Cuántas veces <input type="text"/>	Cuántos denunció <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> → Cuántas veces <input type="text"/>	Cuántos denunció <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> → Cuántas veces <input type="text"/>	Cuántos denunció <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> → Cuántas veces <input type="text"/>	Cuántos denunció <input type="text"/>
No <input type="text" value="2"/> Pase al capítulo H		No <input type="text" value="2"/> Pase al capítulo H		No <input type="text" value="2"/> Pase al capítulo H		No <input type="text" value="2"/> Pase al capítulo H	

1

2

3

4

A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.

Enero 2013	<input type="text" value="1"/>	Enero 2013	<input type="text" value="1"/>	Enero 2013	<input type="text" value="1"/>	Enero 2013	<input type="text" value="1"/>
Febrero 2013	<input type="text" value="2"/>	Febrero 2013	<input type="text" value="2"/>	Febrero 2013	<input type="text" value="2"/>	Febrero 2013	<input type="text" value="2"/>
Marzo 2013	<input type="text" value="3"/>	Marzo 2013	<input type="text" value="3"/>	Marzo 2013	<input type="text" value="3"/>	Marzo 2013	<input type="text" value="3"/>
Abril 2013	<input type="text" value="4"/>	Abril 2013	<input type="text" value="4"/>	Abril 2013	<input type="text" value="4"/>	Abril 2013	<input type="text" value="4"/>
Mayo 2013	<input type="text" value="5"/>	Mayo 2013	<input type="text" value="5"/>	Mayo 2013	<input type="text" value="5"/>	Mayo 2013	<input type="text" value="5"/>
Junio 2013	<input type="text" value="6"/>	Junio 2013	<input type="text" value="6"/>	Junio 2013	<input type="text" value="6"/>	Junio 2013	<input type="text" value="6"/>
Julio 2013	<input type="text" value="7"/>	Julio 2013	<input type="text" value="7"/>	Julio 2013	<input type="text" value="7"/>	Julio 2013	<input type="text" value="7"/>
Agosto 2013	<input type="text" value="8"/>	Agosto 2013	<input type="text" value="8"/>	Agosto 2013	<input type="text" value="8"/>	Agosto 2013	<input type="text" value="8"/>
Septiembre 2013	<input type="text" value="9"/>	Septiembre 2013	<input type="text" value="9"/>	Septiembre 2013	<input type="text" value="9"/>	Septiembre 2013	<input type="text" value="9"/>
Octubre 2013	<input type="text" value="10"/>	Octubre 2013	<input type="text" value="10"/>	Octubre 2013	<input type="text" value="10"/>	Octubre 2013	<input type="text" value="10"/>
Noviembre 2013	<input type="text" value="11"/>	Noviembre 2013	<input type="text" value="11"/>	Noviembre 2013	<input type="text" value="11"/>	Noviembre 2013	<input type="text" value="11"/>
Diciembre 2013	<input type="text" value="12"/>	Diciembre 2013	<input type="text" value="12"/>	Diciembre 2013	<input type="text" value="12"/>	Diciembre 2013	<input type="text" value="12"/>
a. Automóvil u otro automotor	<input type="text" value="1"/> Continúe	a. Automóvil u otro automotor	<input type="text" value="1"/> Continúe	a. Automóvil u otro automotor	<input type="text" value="1"/> Continúe	a. Automóvil u otro automotor	<input type="text" value="1"/> Continúe
b. Motocicleta	<input type="text" value="2"/> Pase a 8	b. Motocicleta	<input type="text" value="2"/> Pase a 8	b. Motocicleta	<input type="text" value="2"/> Pase a 8	b. Motocicleta	<input type="text" value="2"/> Pase a 8
c. Bicicleta	<input type="text" value="3"/> Pase a 8	c. Bicicleta	<input type="text" value="3"/> Pase a 8	c. Bicicleta	<input type="text" value="3"/> Pase a 8	c. Bicicleta	<input type="text" value="3"/> Pase a 8
a. Automóvil sedán o cupé	<input type="text" value="1"/>	a. Automóvil sedán o cupé	<input type="text" value="1"/>	a. Automóvil sedán o cupé	<input type="text" value="1"/>	a. Automóvil sedán o cupé	<input type="text" value="1"/>
b. Camper o camioneta	<input type="text" value="2"/>	b. Camper o camioneta	<input type="text" value="2"/>	b. Camper o camioneta	<input type="text" value="2"/>	b. Camper o camioneta	<input type="text" value="2"/>
c. Bus o microbús	<input type="text" value="3"/>	c. Bus o microbús	<input type="text" value="3"/>	c. Bus o microbús	<input type="text" value="3"/>	c. Bus o microbús	<input type="text" value="3"/>
d. Camión o tractomula	<input type="text" value="4"/>	d. Camión o tractomula	<input type="text" value="4"/>	d. Camión o tractomula	<input type="text" value="4"/>	d. Camión o tractomula	<input type="text" value="4"/>
Una parte del vehículo	<input type="text" value="1"/> Continúe	Una parte del vehículo	<input type="text" value="1"/> Continúe	Una parte del vehículo	<input type="text" value="1"/> Continúe	Una parte del vehículo	<input type="text" value="1"/> Continúe
Vehículo completo	<input type="text" value="2"/> Pase a 10	Vehículo completo	<input type="text" value="2"/> Pase a 10	Vehículo completo	<input type="text" value="2"/> Pase a 10	Vehículo completo	<input type="text" value="2"/> Pase a 10

5

6

7

8

G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

¿Qué parte(s) o pieza(s) le hurtaron?	9	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Bomper <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa gasolina <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Bomper <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa gasolina <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>																														
¿En cuánto estima... el valor del vehículo o partes hurtadas?	10	Valor \$ <input type="text"/>	Valor \$ <input type="text"/>																														
¿De qué manera hurtaron el vehículo o la parte?	11	Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>																														
El último o único hurto ocurrió:	12	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																														
¿A qué hora ocurrió el último o único hurto?	13	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>																														
En qué lugar se presentó el hurto:	14	Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Carretera nacional <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/>	Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Carretera nacional <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/>																														
¿El vehículo de... se encontraba asegurado contra todo riesgo?	15	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																														
Durante el hurto, ¿se amenazó o agredió a alguna persona?	16	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 18 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 18	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 18 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 18																														
Dicha amenaza o agresión se dio utilizando:	17	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
	Sí	No																															
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																															
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																															
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																															
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																															
	Sí	No																															
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																															
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																															
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																															
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																															
Cuando le hurtaron el vehículo completo o la parte, ¿le hurtaron algún objeto personal?	18	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																														

G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Bomper <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa gasolina <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Bomper <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa gasolina <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Bomper <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa gasolina <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	a. Rueda(s), rin(es), llanta(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> b. Espejo(s) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> c. Luces <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> d. Bomper <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> e. Antena, plumilla, tapa gasolina <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> f. Radio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> g. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	9																																																												
Valor \$ <input type="text"/>	Valor \$ <input type="text"/>	Valor \$ <input type="text"/>	Valor \$ <input type="text"/>	10																																																												
Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	Engaño <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Halado <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Descuido <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Violentaron el vehículo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="6"/> <input type="text"/>	11																																																												
En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, ¿cuál? <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	12																																																												
Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	13																																																												
Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Carretera nacional <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/>	Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Carretera nacional <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/>	Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Carretera nacional <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/>	Calle o avenida <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Su parqueadero residencial, antejardín o patio <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Parqueadero público <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Parqueadero privado <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Vía rural <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Carretera nacional <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/>	14																																																												
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	15																																																												
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 18 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 18	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 18 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 18	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 18 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 18	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 18 No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Pase a 18	16																																																												
<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	17
	Sí	No																																																														
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
	Sí	No																																																														
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
	Sí	No																																																														
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
	Sí	No																																																														
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																																														
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	18																																																												

G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

Como consecuencia del hurto..., ¿adoptó alguna de las siguientes medidas de seguridad?:	19	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Dejó de usar el vehículo</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>b. Compró un vehículo más barato</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>e. Porta algún elemento de defensa o arma</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Dejó de usar el vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	b. Compró un vehículo más barato	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	e. Porta algún elemento de defensa o arma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Dejó de usar el vehículo</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>b. Compró un vehículo más barato</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>e. Porta algún elemento de defensa o arma</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Dejó de usar el vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	b. Compró un vehículo más barato	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	e. Porta algún elemento de defensa o arma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	Sí	No																																					
a. Dejó de usar el vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
b. Compró un vehículo más barato	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
e. Porta algún elemento de defensa o arma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
	Sí	No																																					
a. Dejó de usar el vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
b. Compró un vehículo más barato	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
e. Porta algún elemento de defensa o arma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																					
¿... denunció el hurto?	20	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Continúe</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>Pase a 25</td> </tr> </table>	Sí	<input type="checkbox"/> 1	Continúe	No	<input type="checkbox"/> 2	Pase a 25	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td>Continúe</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td>Pase a 25</td> </tr> </table>	Sí	<input type="checkbox"/> 1	Continúe	No	<input type="checkbox"/> 2	Pase a 25																								
Sí	<input type="checkbox"/> 1	Continúe																																					
No	<input type="checkbox"/> 2	Pase a 25																																					
Sí	<input type="checkbox"/> 1	Continúe																																					
No	<input type="checkbox"/> 2	Pase a 25																																					
Quién realizó la denuncia:	21	<table border="0"> <tr> <td>Propietario del vehículo</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Otra persona</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table>	Propietario del vehículo	<input type="checkbox"/> 1	Otra persona	<input type="checkbox"/> 2	<table border="0"> <tr> <td>Propietario del vehículo</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Otra persona</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table>	Propietario del vehículo	<input type="checkbox"/> 1	Otra persona	<input type="checkbox"/> 2																												
Propietario del vehículo	<input type="checkbox"/> 1																																						
Otra persona	<input type="checkbox"/> 2																																						
Propietario del vehículo	<input type="checkbox"/> 1																																						
Otra persona	<input type="checkbox"/> 2																																						
A qué lugar acudió?	22	<table border="0"> <tr> <td>Estación de Policía</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Página web de la Policía (CAI Virtual)</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </table>	Estación de Policía	<input type="checkbox"/> 1	URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	<input type="checkbox"/> 2	CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo	<input type="checkbox"/> 3	Página web de la Policía (CAI Virtual)	<input type="checkbox"/> 4	Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 5	No sabe	<input type="checkbox"/> 6	<table border="0"> <tr> <td>Estación de Policía</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Página web de la Policía (CAI Virtual)</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </table>	Estación de Policía	<input type="checkbox"/> 1	URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	<input type="checkbox"/> 2	CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo	<input type="checkbox"/> 3	Página web de la Policía (CAI Virtual)	<input type="checkbox"/> 4	Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 5	No sabe	<input type="checkbox"/> 6												
Estación de Policía	<input type="checkbox"/> 1																																						
URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	<input type="checkbox"/> 2																																						
CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo	<input type="checkbox"/> 3																																						
Página web de la Policía (CAI Virtual)	<input type="checkbox"/> 4																																						
Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 5																																						
No sabe	<input type="checkbox"/> 6																																						
Estación de Policía	<input type="checkbox"/> 1																																						
URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	<input type="checkbox"/> 2																																						
CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo	<input type="checkbox"/> 3																																						
Página web de la Policía (CAI Virtual)	<input type="checkbox"/> 4																																						
Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 5																																						
No sabe	<input type="checkbox"/> 6																																						
Ante qué autoridad presentó la denuncia:	23	<table border="0"> <tr> <td>SIJÍN-DIJÍN</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Fiscalía</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Policía Ordinaria</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> </table>	SIJÍN-DIJÍN	<input type="checkbox"/> 1	Fiscalía	<input type="checkbox"/> 2	Policía Ordinaria	<input type="checkbox"/> 3	Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 4	No sabe	<input type="checkbox"/> 5	<table border="0"> <tr> <td>SIJÍN-DIJÍN</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Fiscalía</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Policía Ordinaria</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> </table>	SIJÍN-DIJÍN	<input type="checkbox"/> 1	Fiscalía	<input type="checkbox"/> 2	Policía Ordinaria	<input type="checkbox"/> 3	Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 4	No sabe	<input type="checkbox"/> 5																
SIJÍN-DIJÍN	<input type="checkbox"/> 1																																						
Fiscalía	<input type="checkbox"/> 2																																						
Policía Ordinaria	<input type="checkbox"/> 3																																						
Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 4																																						
No sabe	<input type="checkbox"/> 5																																						
SIJÍN-DIJÍN	<input type="checkbox"/> 1																																						
Fiscalía	<input type="checkbox"/> 2																																						
Policía Ordinaria	<input type="checkbox"/> 3																																						
Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 4																																						
No sabe	<input type="checkbox"/> 5																																						
¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hurto?	24	<table border="0"> <tr> <td>Cumplir una obligación ciudadana</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Buscar justicia</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Buscar protección</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Evitar que pase de nuevo</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Recuperar los bienes hurtados</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>Requisito para algún trámite</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Otra, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Pase a 26</p>	Cumplir una obligación ciudadana	<input type="checkbox"/> 1	Buscar justicia	<input type="checkbox"/> 2	Buscar protección	<input type="checkbox"/> 3	Evitar que pase de nuevo	<input type="checkbox"/> 4	Recuperar los bienes hurtados	<input type="checkbox"/> 5	Requisito para algún trámite	<input type="checkbox"/> 6	Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 7	<table border="0"> <tr> <td>Cumplir una obligación ciudadana</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Buscar justicia</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Buscar protección</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Evitar que pase de nuevo</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Recuperar los bienes hurtados</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>Requisito para algún trámite</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Otra, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Pase a 26</p>	Cumplir una obligación ciudadana	<input type="checkbox"/> 1	Buscar justicia	<input type="checkbox"/> 2	Buscar protección	<input type="checkbox"/> 3	Evitar que pase de nuevo	<input type="checkbox"/> 4	Recuperar los bienes hurtados	<input type="checkbox"/> 5	Requisito para algún trámite	<input type="checkbox"/> 6	Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 7								
Cumplir una obligación ciudadana	<input type="checkbox"/> 1																																						
Buscar justicia	<input type="checkbox"/> 2																																						
Buscar protección	<input type="checkbox"/> 3																																						
Evitar que pase de nuevo	<input type="checkbox"/> 4																																						
Recuperar los bienes hurtados	<input type="checkbox"/> 5																																						
Requisito para algún trámite	<input type="checkbox"/> 6																																						
Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 7																																						
Cumplir una obligación ciudadana	<input type="checkbox"/> 1																																						
Buscar justicia	<input type="checkbox"/> 2																																						
Buscar protección	<input type="checkbox"/> 3																																						
Evitar que pase de nuevo	<input type="checkbox"/> 4																																						
Recuperar los bienes hurtados	<input type="checkbox"/> 5																																						
Requisito para algún trámite	<input type="checkbox"/> 6																																						
Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 7																																						
¿Cuál fue la principal razón por la cual no se denunció el hurto?	25	<table border="0"> <tr> <td>No conocía el proceso de denuncia</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Lo amenazaron, miedo a represalias</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Las autoridades no hacen nada</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Consideró que era innecesario</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Existían muchos trámites y estos eran demorados</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>Faltaban pruebas del hecho</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Otra, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> </tr> </table>	No conocía el proceso de denuncia	<input type="checkbox"/> 1	Lo amenazaron, miedo a represalias	<input type="checkbox"/> 2	Las autoridades no hacen nada	<input type="checkbox"/> 3	Consideró que era innecesario	<input type="checkbox"/> 4	Existían muchos trámites y estos eran demorados	<input type="checkbox"/> 5	Faltaban pruebas del hecho	<input type="checkbox"/> 6	Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 7	<table border="0"> <tr> <td>No conocía el proceso de denuncia</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Lo amenazaron, miedo a represalias</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>Las autoridades no hacen nada</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>Consideró que era innecesario</td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Existían muchos trámites y estos eran demorados</td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>Faltaban pruebas del hecho</td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Otra, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 7</td> </tr> </table>	No conocía el proceso de denuncia	<input type="checkbox"/> 1	Lo amenazaron, miedo a represalias	<input type="checkbox"/> 2	Las autoridades no hacen nada	<input type="checkbox"/> 3	Consideró que era innecesario	<input type="checkbox"/> 4	Existían muchos trámites y estos eran demorados	<input type="checkbox"/> 5	Faltaban pruebas del hecho	<input type="checkbox"/> 6	Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 7								
No conocía el proceso de denuncia	<input type="checkbox"/> 1																																						
Lo amenazaron, miedo a represalias	<input type="checkbox"/> 2																																						
Las autoridades no hacen nada	<input type="checkbox"/> 3																																						
Consideró que era innecesario	<input type="checkbox"/> 4																																						
Existían muchos trámites y estos eran demorados	<input type="checkbox"/> 5																																						
Faltaban pruebas del hecho	<input type="checkbox"/> 6																																						
Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 7																																						
No conocía el proceso de denuncia	<input type="checkbox"/> 1																																						
Lo amenazaron, miedo a represalias	<input type="checkbox"/> 2																																						
Las autoridades no hacen nada	<input type="checkbox"/> 3																																						
Consideró que era innecesario	<input type="checkbox"/> 4																																						
Existían muchos trámites y estos eran demorados	<input type="checkbox"/> 5																																						
Faltaban pruebas del hecho	<input type="checkbox"/> 6																																						
Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 7																																						
¿Se recuperó el vehículo o las partes hurtadas?	26	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table>	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> </table>	Sí	<input type="checkbox"/> 1	No	<input type="checkbox"/> 2																												
Sí	<input type="checkbox"/> 1																																						
No	<input type="checkbox"/> 2																																						
Sí	<input type="checkbox"/> 1																																						
No	<input type="checkbox"/> 2																																						

OBSERVACIONES _____

G. HURTO A VEHÍCULOS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

<p>Sí No</p> <p>a. Dejó de usar el vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Compró un vehículo más barato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>e. Porta algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí No</p> <p>a. Dejó de usar el vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Compró un vehículo más barato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>e. Porta algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí No</p> <p>a. Dejó de usar el vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Compró un vehículo más barato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>e. Porta algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí No</p> <p>a. Dejó de usar el vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>b. Compró un vehículo más barato <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>c. Compró un sistema de seguridad para su vehículo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>d. Ha cambiado sus rutinas de desplazamiento <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p> <p>e. Porta algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	19
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 25</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 25</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 25</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 Pase a 25</p>	20
<p>Propietario del vehículo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Otra persona <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Propietario del vehículo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Otra persona <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Propietario del vehículo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Otra persona <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Propietario del vehículo <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Otra persona <input type="checkbox"/> 2</p>	21
<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Página web de la Policía (CAI Virtual) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Página web de la Policía (CAI Virtual) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Página web de la Policía (CAI Virtual) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1</p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>CAI (Centros de atención inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Página web de la Policía (CAI Virtual) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6</p>	22
<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Policía Ordinaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Policía Ordinaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Policía Ordinaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 5</p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Policía Ordinaria <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4</p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 5</p>	23
<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Pase a 26</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Pase a 26</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Pase a 26</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Pase a 26</p>	24
<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7</p>	25
<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2</p>	26

OBSERVACIONES _____

H. HURTO A PERSONAS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

En lo corrido del 2014 a... ¿le han hurtado un objeto personal?	1	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
Durante el 2013 a... ¿le hurtaron un objeto personal?	2	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Cuántas veces <input type="text"/> Cuántos denunció <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase al capítulo I	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> → Cuántas veces <input type="text"/> Cuántos denunció <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase al capítulo I
A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.			
¿El último o único hurto está relacionado con el hurto a vehículos reportado? ESTA PREGUNTA LA RESPONDEN SOLAMENTE AQUELLOS QUE HAYAN MARCADO SÍ (OPCIÓN 1) EN LA PREGUNTA G17.	3	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
¿Cuándo se presentó el último o único hurto?	4	Enero 2013 <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Febrero 2013 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Marzo 2013 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Abril 2013 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Mayo 2013 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Junio 2013 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Julio 2013 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Agosto 2013 <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> Septiembre 2013 <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Octubre 2013 <input type="text" value="10"/> <input type="text"/> Noviembre 2013 <input type="text" value="11"/> <input type="text"/> Diciembre 2013 <input type="text" value="12"/> <input type="text"/>	Enero 2013 <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Febrero 2013 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Marzo 2013 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Abril 2013 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Mayo 2013 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Junio 2013 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Julio 2013 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Agosto 2013 <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> Septiembre 2013 <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> Octubre 2013 <input type="text" value="10"/> <input type="text"/> Noviembre 2013 <input type="text" value="11"/> <input type="text"/> Diciembre 2013 <input type="text" value="12"/> <input type="text"/>
El último o único hurto ocurrió:	5	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> ¿cuál? _____	En este municipio <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> En otro municipio, <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> ¿cuál? _____
De qué manera se realizó el último o único hurto:	6	Cosquilleo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Engaño <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Raponazo <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Fleteo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Paseo millonario <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Descuido <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Otro, <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> ¿cuál? _____	Cosquilleo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Engaño <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Raponazo <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Atraco <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> Fleteo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/> Paseo millonario <input type="text" value="6"/> <input type="text"/> Descuido <input type="text" value="7"/> <input type="text"/> Otro, <input type="text" value="8"/> <input type="text"/> ¿cuál? _____
¿A qué hora ocurrió el último o único hurto?	7	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="text" value="3"/> <input type="text"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="text" value="4"/> <input type="text"/> No sabe, no responde <input type="text" value="9"/> <input type="text"/>

OBSERVACIONES

H. HURTO A PERSONAS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	2
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo I	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo I	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo I	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo I	

A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.

Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	4
Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	
Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	
Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	
En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	5
En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Cosquilleo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Cosquilleo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Cosquilleo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Cosquilleo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	6
Engaño <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Engaño <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Engaño <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Engaño <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Raponazo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Raponazo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Raponazo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Raponazo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Atraco <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Atraco <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Atraco <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Atraco <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
Fleteo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Fleteo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Fleteo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Fleteo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Paseo millonario <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Paseo millonario <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Paseo millonario <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Paseo millonario <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
Descuido <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Descuido <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Descuido <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Descuido <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	7
Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES

H. HURTO A PERSONAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

<p>¿En qué lugar ocurrió el último o único hurto?</p>	<p>8</p>	<p>En donde realiza su actividad principal <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>En una calle o avenida <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>En una zona comercial <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>En un espacio recreativo o deportivo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>En el transporte público <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>En un parque <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>En su residencia <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>En otra residencia <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>En un vehículo <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p> <p>En otro lugar, ¿cuál? <input type="text" value="11"/> <input type="text"/></p>	<p>En donde realiza su actividad principal <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>En una calle o avenida <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>En una zona comercial <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>En un espacio recreativo o deportivo <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>En el transporte público <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>En un parque <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>En su residencia <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>En otra residencia <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>En un vehículo <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p> <p>En otro lugar, ¿cuál? <input type="text" value="11"/> <input type="text"/></p>																																				
<p>Cuáles de las siguientes pertenencias le hurtaron a ... :</p>	<p>9</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Teléfono celular</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Artículos de uso personal</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e. Otro, ¿cuál? _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Teléfono celular	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Artículos de uso personal	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	e. Otro, ¿cuál? _____	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Teléfono celular</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Artículos de uso personal</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e. Otro, ¿cuál? _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Teléfono celular	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Artículos de uso personal	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	e. Otro, ¿cuál? _____	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>
	Sí	No																																					
a. Teléfono celular	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
c. Artículos de uso personal	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
e. Otro, ¿cuál? _____	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
	Sí	No																																					
a. Teléfono celular	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
c. Artículos de uso personal	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
e. Otro, ¿cuál? _____	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
<p>Durante el hurto lo(a) amenazaron o lo(a) agredieron utilizando:</p>	<p>10</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál? _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál? _____	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Arma de fuego</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál? _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text" value="2"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	d. Otro, ¿cuál? _____	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>						
	Sí	No																																					
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
d. Otro, ¿cuál? _____	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
	Sí	No																																					
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
d. Otro, ¿cuál? _____	<input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text"/>																																					
<p>¿... conocía a los delincuentes?</p>	<p>11</p>	<p style="text-align: center;">Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p>																																				
<p>¿Se denunció el hurto?</p>	<p>12</p>	<p style="text-align: center;">Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p style="text-align: center;">No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 16</p>	<p style="text-align: center;">Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p style="text-align: center;">No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 16</p>																																				
<p>¿A qué lugar acudió?</p>	<p>13</p>	<p>Estación de Policía <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Página web de la Policía (CAI Virtual) <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>	<p>Estación de Policía <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía) <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Página web de la Policía (CAI Virtual) <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>																																				

OBSERVACIONES

H. HURTO A PERSONAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

En donde realiza su actividad principal	<input type="text" value="1"/>	En donde realiza su actividad principal	<input type="text" value="1"/>	En donde realiza su actividad principal	<input type="text" value="1"/>	En donde realiza su actividad principal	<input type="text" value="1"/>	8	
En una calle o avenida	<input type="text" value="2"/>	En una calle o avenida	<input type="text" value="2"/>	En una calle o avenida	<input type="text" value="2"/>	En una calle o avenida	<input type="text" value="2"/>		
En una zona comercial	<input type="text" value="3"/>	En una zona comercial	<input type="text" value="3"/>	En una zona comercial	<input type="text" value="3"/>	En una zona comercial	<input type="text" value="3"/>		
En un espacio recreativo o deportivo	<input type="text" value="4"/>	En un espacio recreativo o deportivo	<input type="text" value="4"/>	En un espacio recreativo o deportivo	<input type="text" value="4"/>	En un espacio recreativo o deportivo	<input type="text" value="4"/>		
En el transporte público	<input type="text" value="5"/>	En el transporte público	<input type="text" value="5"/>	En el transporte público	<input type="text" value="5"/>	En el transporte público	<input type="text" value="5"/>		
En un parque	<input type="text" value="6"/>	En un parque	<input type="text" value="6"/>	En un parque	<input type="text" value="6"/>	En un parque	<input type="text" value="6"/>		
En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento	<input type="text" value="7"/>	En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento	<input type="text" value="7"/>	En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento	<input type="text" value="7"/>	En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento	<input type="text" value="7"/>		
En su residencia	<input type="text" value="8"/>	En su residencia	<input type="text" value="8"/>	En su residencia	<input type="text" value="8"/>	En su residencia	<input type="text" value="8"/>		
En otra residencia	<input type="text" value="9"/>	En otra residencia	<input type="text" value="9"/>	En otra residencia	<input type="text" value="9"/>	En otra residencia	<input type="text" value="9"/>		
En un vehículo	<input type="text" value="10"/>	En un vehículo	<input type="text" value="10"/>	En un vehículo	<input type="text" value="10"/>	En un vehículo	<input type="text" value="10"/>		
En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>	En otro lugar, ¿cuál?	<input type="text" value="11"/>		
	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>	9	
a. Teléfono celular	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	a. Teléfono celular	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	a. Teléfono celular	<input type="text" value="1"/>		<input type="text" value="2"/>
b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	b. Dinero en efectivo, tarjetas o documentos personales	<input type="text" value="1"/>		<input type="text" value="2"/>
c. Artículos de uso personal	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	c. Artículos de uso personal	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	c. Artículos de uso personal	<input type="text" value="1"/>		<input type="text" value="2"/>
d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	d. Aparatos electrónicos (computador portátil, tableta, videojuegos, cámara, USB, mp3, etc.)	<input type="text" value="1"/>		<input type="text" value="2"/>
e. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	e. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	e. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	
	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>	10	
a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	a. Arma de fuego	<input type="text" value="1"/>		<input type="text" value="2"/>
b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	b. Arma blanca (objetos corto-punzantes)	<input type="text" value="1"/>		<input type="text" value="2"/>
c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	c. Otros objetos (palos, piedras, botellas, etc.)	<input type="text" value="1"/>		<input type="text" value="2"/>
d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	d. Otro, ¿cuál?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	
	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>		Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/>	11	
	Sí <input type="text" value="1"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> Pase a 16		Sí <input type="text" value="1"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> Pase a 16		Sí <input type="text" value="1"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> Pase a 16		Sí <input type="text" value="1"/> Continúe No <input type="text" value="2"/> Pase a 16	12	
Estación de Policía	<input type="text" value="1"/>	Estación de Policía	<input type="text" value="1"/>	Estación de Policía	<input type="text" value="1"/>	Estación de Policía	<input type="text" value="1"/>	13	
URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	<input type="text" value="2"/>	URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	<input type="text" value="2"/>	URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	<input type="text" value="2"/>	URI (Unidades de Reacción Inmediata, Fiscalía)	<input type="text" value="2"/>		
CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo	<input type="text" value="3"/>	CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo	<input type="text" value="3"/>	CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo	<input type="text" value="3"/>	CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo	<input type="text" value="3"/>		
Página web de la Policía (CAI Virtual)	<input type="text" value="4"/>	Página web de la Policía (CAI Virtual)	<input type="text" value="4"/>	Página web de la Policía (CAI Virtual)	<input type="text" value="4"/>	Página web de la Policía (CAI Virtual)	<input type="text" value="4"/>		
Ninguna de las anteriores	<input type="text" value="5"/>	Ninguna de las anteriores	<input type="text" value="5"/>	Ninguna de las anteriores	<input type="text" value="5"/>	Ninguna de las anteriores	<input type="text" value="5"/>		
No sabe	<input type="text" value="6"/>	No sabe	<input type="text" value="6"/>	No sabe	<input type="text" value="6"/>	No sabe	<input type="text" value="6"/>		

OBSERVACIONES

H. HURTO A PERSONAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

Ante qué autoridad presentó la denuncia:	14	SUJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	SUJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hurto?	15	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Recuperar los bienes hurtados <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Pase a 17
¿Cuál fue la principal razón por la cual no se denunció el hurto?	16	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los delincuentes <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los delincuentes <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
¿Se recuperaron los bienes que le hurtaron?	17	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES

I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

En lo corrido del 2014 , ¿...se ha visto involucrado(a) en riñas y peleas que impliquen violencia física?	1	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Durante 2013 ¿...se vio involucrado(a) en riñas y peleas que implicaran violencia física?	2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/> Cuántas denunció <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/> Cuántas denunció <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18
<p>A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.</p>			
¿Cuándo se presentó el último o único hecho?	3	Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>
El último o único hecho ocurrió:	4	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En otro municipio, <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En otro municipio, <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____
¿En qué lugar se encontraba ... cuando ocurrió este hecho?	5	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
¿A qué hora ocurrió el hecho?	6	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>
¿Cuál fue la principal causa del hecho?	7	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Por efecto de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Por efecto de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>

I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> → Cuántas veces <input type="checkbox"/>	2
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18 <input type="checkbox"/>	

A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.

Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Enero 2013 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	3
Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Febrero 2013 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Marzo 2013 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Abril 2013 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Mayo 2013 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Junio 2013 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Julio 2013 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Agosto 2013 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	Septiembre 2013 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	Octubre 2013 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>	
Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	Noviembre 2013 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/>	
Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	Diciembre 2013 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/>	
En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En este municipio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	4
En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En otro municipio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	En su lugar de trabajo o estudio <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	5
En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	En su residencia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	En otra residencia <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	En una zona comercial <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	En un parque o espacio recreativo o deportivo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	En una calle o avenida <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	En una discoteca, bar o sitios de entretenimiento <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	En otro sitio, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 a. m. y las 5:59 a. m. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	6
Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 a. m. y las 11:59 a. m. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Entre las 12:00 m. y las 5:59 p. m. <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Entre las 6:00 p. m. y las 11:59 p. m. <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	No sabe, no responde <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/>	
Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Responder a agresiones verbales y/o actitudes irrespetuosas <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	7
Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Defender a otra persona <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Defenderse de un robo u otro delito <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Deudas o el no pago de daños <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Para vengar una ofensa anterior <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Por efecto de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Por efecto de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Por efecto de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Por efecto de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	

I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

Como consecuencia del hecho, ¿...tuvo alguna lesión o herida?	8	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10																								
Por causa de la lesión usted acudió:	9	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. A su médico</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. A medicina legal</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. A su médico	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. A medicina legal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>a. A su médico</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. A medicina legal</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí	No	a. A su médico	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. A medicina legal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						
	Sí	No																									
a. A su médico	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
b. A medicina legal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
	Sí	No																									
a. A su médico	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
b. A medicina legal	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																									
Como consecuencia de este hecho, ¿... tomó alguna medida de seguridad (señale la principal)?:	10	<table border="0"> <tr> <td>Se cambió de residencia</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Acudió a las autoridades</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Consiguió algún elemento de defensa o arma</td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nada/ninguna</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Se cambió de residencia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Acudió a las autoridades	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Consiguió algún elemento de defensa o arma	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Nada/ninguna	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>Se cambió de residencia</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Acudió a las autoridades</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Consiguió algún elemento de defensa o arma</td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nada/ninguna</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra, ¿cuál? _____</td> <td><input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Se cambió de residencia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Acudió a las autoridades	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Consiguió algún elemento de defensa o arma	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Nada/ninguna	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Se cambió de residencia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																										
Acudió a las autoridades	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																										
Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																										
Consiguió algún elemento de defensa o arma	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																										
Nada/ninguna	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																										
Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																										
Se cambió de residencia	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																										
Acudió a las autoridades	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																										
Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																										
Consiguió algún elemento de defensa o arma	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																										
Nada/ninguna	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																										
Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																										
¿ ... conocía a los agresores?	11	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13																								
El o los agresores eran:	12	<table border="0"> <tr> <td>Familiar(es)</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Amigo(s)</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vecino(s)</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Conocido(s)</td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pareja</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Familiar(es)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Amigo(s)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Vecino(s)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Conocido(s)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Pareja	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>Familiar(es)</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Amigo(s)</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vecino(s)</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Conocido(s)</td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pareja</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Familiar(es)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Amigo(s)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Vecino(s)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Conocido(s)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Pareja	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>				
Familiar(es)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																										
Amigo(s)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																										
Vecino(s)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																										
Conocido(s)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																										
Pareja	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																										
Familiar(es)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																										
Amigo(s)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																										
Vecino(s)	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																										
Conocido(s)	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																										
Pareja	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																										
¿Se denunció el hecho?	13	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17																								
¿A qué lugar acudió?	14	<table border="0"> <tr> <td>Estación de Policía</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía)</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia</td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Estación de Policía	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td>Estación de Policía</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía)</td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo</td> <td><input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia</td> <td><input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ninguna de las anteriores</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td><input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Estación de Policía	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	No sabe	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Estación de Policía	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																										
URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																										
CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																										
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																										
Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																										
No sabe	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																										
Estación de Policía	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>																										
URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																										
CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>																										
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>																										
Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>																										
No sabe	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>																										

OBSERVACIONES

I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 10	8
a. A su médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No b. A medicina legal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	a. A su médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No b. A medicina legal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	a. A su médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No b. A medicina legal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	a. A su médico <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No b. A medicina legal <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> No	9
Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Se cambió de residencia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Acudió a las autoridades <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Modificó sus rutinas diarias (cambio de rutas de desplazamiento, cambio de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Consiguió algún elemento de defensa o arma <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Nada/ninguna <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	10
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 13	11
Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Familiar(es) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Amigo(s) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Vecino(s) <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Conocido(s) <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	12
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 17	13
Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Estación de Policía <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> URI (Unidades de Reacción Inmediata-Fiscalía) <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> CAI (Centros de Atención Inmediata) móvil o fijo <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	14

OBSERVACIONES

I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

<p>Ante qué autoridad presentó la denuncia:</p>	<p>15</p> <p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarías de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarías de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>																																										
<p>¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hecho?</p>	<p>16</p> <p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 18</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 18</p>																																										
<p>¿Cuál fue la principal razón por la cual no se denunció el hecho?</p>	<p>17</p> <p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Consideré que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Consideré que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>																																										
<p>Durante 2013, alguna persona NO familiar, lo(a):</p>	<p>18</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Amenazó verbalmente</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Empujó o zarandó</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Agredió con un arma de fuego</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Agredió con arma blanca</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>¿Cuál? _____</p>		Sí	No	a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujó o zarandó	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Amenazó verbalmente</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Empujó o zarandó</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Agredió con un arma de fuego</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Agredió con arma blanca</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>¿Cuál? _____</p>		Sí	No	a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujó o zarandó	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	Sí	No																																										
a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
b. Empujó o zarandó	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
	Sí	No																																										
a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
b. Empujó o zarandó	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										
f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																										

OBSERVACIONES

I. RIÑAS Y PELEAS (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y/o Comisarias de Familia <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	15																																																																																				
<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 18</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 18</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 18</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 18</p>	16																																																																																				
<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo entre los agresores <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>El problema se solucionó o el daño fue reparado <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/></p>	17																																																																																				
<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Amenazó verbalmente</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Empujó o zarandeo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Agredió con un arma de fuego</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Agredió con arma blanca</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>¿Cuál? <input type="checkbox"/></p>		Sí	No	a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Amenazó verbalmente</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Empujó o zarandeo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Agredió con un arma de fuego</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Agredió con arma blanca</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>¿Cuál? <input type="checkbox"/></p>		Sí	No	a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Amenazó verbalmente</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Empujó o zarandeo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Agredió con un arma de fuego</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Agredió con arma blanca</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>¿Cuál? <input type="checkbox"/></p>		Sí	No	a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>a. Amenazó verbalmente</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Empujó o zarandeo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Agredió con un arma de fuego</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Agredió con arma blanca</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>¿Cuál? <input type="checkbox"/></p>		Sí	No	a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	18
	Sí	No																																																																																						
a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
	Sí	No																																																																																						
a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
	Sí	No																																																																																						
a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
	Sí	No																																																																																						
a. Amenazó verbalmente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
b. Empujó o zarandeo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
c. Golpeó o agredió intencionalmente con una parte del cuerpo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
d. Agredió con un arma de fuego	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
e. Agredió con arma blanca	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						
f. Sometió a algún otro hecho de agresión física.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>																																																																																						

OBSERVACIONES

J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más)

<p>En lo corrido del 2014, ...ha pagado a particulares por:</p>	<p>1</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Protegerse o proteger a su familia</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Proteger su patrimonio o propiedad</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Movilizarse o utilizar el espacio público</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Evitarse problemas</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sí	No	a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Protegerse o proteger a su familia</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Proteger su patrimonio o propiedad</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Movilizarse o utilizar el espacio público</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Evitarse problemas</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i></p>		Sí	No	a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
	Sí	No																																											
a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
	Sí	No																																											
a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
<p>Durante el 2013, ...pagó a particulares por:</p>	<p>2</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Protegerse o proteger a su familia</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Proteger su patrimonio o propiedad</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Movilizarse o utilizar el espacio público</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Evitarse problemas</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i></p>		Sí	No	a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Protegerse o proteger a su familia</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Proteger su patrimonio o propiedad</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Movilizarse o utilizar el espacio público</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. Evitarse problemas</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i></p>		Sí	No	a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
	Sí	No																																											
a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
	Sí	No																																											
a. Protegerse o proteger a su familia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
b. Proteger su patrimonio o propiedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
e. Evitarse problemas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>																																											
<p>A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.</p>																																													
<p>¿A quién o a quiénes pagó?</p>	<p>3</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Seguridad comunitaria</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle; text-align: center;">Pase al capítulo K</td> </tr> <tr> <td>Empresa de seguridad privada o celador particular</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alguna persona particular (diferente al celador)</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Combo o padilla</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Banda criminal</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Guerrilla</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Seguridad comunitaria	1 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo K	Empresa de seguridad privada o celador particular	2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular (diferente al celador)	3 <input type="checkbox"/>	Combo o padilla	4 <input type="checkbox"/>	Banda criminal	5 <input type="checkbox"/>	Guerrilla	6 <input type="checkbox"/>	No responde	8 <input type="checkbox"/>	No sabe	9 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Seguridad comunitaria</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> <td rowspan="9" style="vertical-align: middle; text-align: center;">Pase al capítulo K</td> </tr> <tr> <td>Empresa de seguridad privada o celador particular</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alguna persona particular (diferente al celador)</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Combo o padilla</td> <td>4 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Banda criminal</td> <td>5 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Guerrilla</td> <td>6 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No responde</td> <td>8 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Seguridad comunitaria	1 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo K	Empresa de seguridad privada o celador particular	2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular (diferente al celador)	3 <input type="checkbox"/>	Combo o padilla	4 <input type="checkbox"/>	Banda criminal	5 <input type="checkbox"/>	Guerrilla	6 <input type="checkbox"/>	No responde	8 <input type="checkbox"/>	No sabe	9 <input type="checkbox"/>								
Seguridad comunitaria	1 <input type="checkbox"/>	Pase al capítulo K																																											
Empresa de seguridad privada o celador particular	2 <input type="checkbox"/>																																												
Alguna persona particular (diferente al celador)	3 <input type="checkbox"/>																																												
Combo o padilla	4 <input type="checkbox"/>																																												
Banda criminal	5 <input type="checkbox"/>																																												
Guerrilla	6 <input type="checkbox"/>																																												
No responde	8 <input type="checkbox"/>																																												
No sabe	9 <input type="checkbox"/>																																												
Seguridad comunitaria	1 <input type="checkbox"/>		Pase al capítulo K																																										
Empresa de seguridad privada o celador particular	2 <input type="checkbox"/>																																												
Alguna persona particular (diferente al celador)	3 <input type="checkbox"/>																																												
Combo o padilla	4 <input type="checkbox"/>																																												
Banda criminal	5 <input type="checkbox"/>																																												
Guerrilla	6 <input type="checkbox"/>																																												
No responde	8 <input type="checkbox"/>																																												
No sabe	9 <input type="checkbox"/>																																												
<p>¿Cómo se contactaron?</p>	<p>4</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>a. Llamada telefónica</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. En persona</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		a. Llamada telefónica	1 <input type="checkbox"/>	b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1 <input type="checkbox"/>	c. En persona	1 <input type="checkbox"/>	d. Otro, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>a. Llamada telefónica</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. En persona</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. Otro, ¿cuál?</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	a. Llamada telefónica	1 <input type="checkbox"/>	b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1 <input type="checkbox"/>	c. En persona	1 <input type="checkbox"/>	d. Otro, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/>																									
a. Llamada telefónica	1 <input type="checkbox"/>																																												
b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1 <input type="checkbox"/>																																												
c. En persona	1 <input type="checkbox"/>																																												
d. Otro, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/>																																												
a. Llamada telefónica	1 <input type="checkbox"/>																																												
b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1 <input type="checkbox"/>																																												
c. En persona	1 <input type="checkbox"/>																																												
d. Otro, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/>																																												
<p>¿Qué habría sucedido si no pagaba?</p>	<p>5</p>	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>a. Usted o su familia estarían en riesgo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Recibiría amenazas o intimidación</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Atentarían contra su propiedad</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. No lo dejarían trabajar</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. No lo dejarían movilizarse</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. No se concretaría algún negocio</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 8</td> </tr> <tr> <td>h. No pasaría nada</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 8</td> </tr> <tr> <td>i. No sabe</td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 7</td> </tr> </tbody> </table>	a. Usted o su familia estarían en riesgo	1 <input type="checkbox"/>	b. Recibiría amenazas o intimidación	1 <input type="checkbox"/>	c. Atentarían contra su propiedad	1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar	1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse	1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1 <input type="checkbox"/>	g. No se concretaría algún negocio	2 <input type="checkbox"/>	Pase a 8	h. No pasaría nada	3 <input type="checkbox"/>	Pase a 8	i. No sabe	9 <input type="checkbox"/>	Pase a 7	<table border="0"> <tbody> <tr> <td>a. Usted o su familia estarían en riesgo</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b. Recibiría amenazas o intimidación</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c. Atentarían contra su propiedad</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d. No lo dejarían trabajar</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e. No lo dejarían movilizarse</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica</td> <td>1 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>g. No se concretaría algún negocio</td> <td>2 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 8</td> </tr> <tr> <td>h. No pasaría nada</td> <td>3 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 8</td> </tr> <tr> <td>i. No sabe</td> <td>9 <input type="checkbox"/></td> <td>Pase a 7</td> </tr> </tbody> </table>	a. Usted o su familia estarían en riesgo	1 <input type="checkbox"/>	b. Recibiría amenazas o intimidación	1 <input type="checkbox"/>	c. Atentarían contra su propiedad	1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar	1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse	1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1 <input type="checkbox"/>	g. No se concretaría algún negocio	2 <input type="checkbox"/>	Pase a 8	h. No pasaría nada	3 <input type="checkbox"/>	Pase a 8	i. No sabe	9 <input type="checkbox"/>	Pase a 7
a. Usted o su familia estarían en riesgo	1 <input type="checkbox"/>																																												
b. Recibiría amenazas o intimidación	1 <input type="checkbox"/>																																												
c. Atentarían contra su propiedad	1 <input type="checkbox"/>																																												
d. No lo dejarían trabajar	1 <input type="checkbox"/>																																												
e. No lo dejarían movilizarse	1 <input type="checkbox"/>																																												
f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1 <input type="checkbox"/>																																												
g. No se concretaría algún negocio	2 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																											
h. No pasaría nada	3 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																											
i. No sabe	9 <input type="checkbox"/>	Pase a 7																																											
a. Usted o su familia estarían en riesgo	1 <input type="checkbox"/>																																												
b. Recibiría amenazas o intimidación	1 <input type="checkbox"/>																																												
c. Atentarían contra su propiedad	1 <input type="checkbox"/>																																												
d. No lo dejarían trabajar	1 <input type="checkbox"/>																																												
e. No lo dejarían movilizarse	1 <input type="checkbox"/>																																												
f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1 <input type="checkbox"/>																																												
g. No se concretaría algún negocio	2 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																											
h. No pasaría nada	3 <input type="checkbox"/>	Pase a 8																																											
i. No sabe	9 <input type="checkbox"/>	Pase a 7																																											

J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí		No		Sí		No		Sí		No		Sí		No	
a. Protegerse o proteger a su familia	1		2		a. Protegerse o proteger a su familia	1		2		a. Protegerse o proteger a su familia	1		2		1
b. Proteger su patrimonio o propiedad	1		2		b. Proteger su patrimonio o propiedad	1		2		b. Proteger su patrimonio o propiedad	1		2		
c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1		2		c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1		2		c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1		2		
d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1		2		d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1		2		d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1		2		
e. Evitarse problemas	1		2		e. Evitarse problemas	1		2		e. Evitarse problemas	1		2		
<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>				<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>				<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>				<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>			
a. Protegerse o proteger a su familia	1		2		a. Protegerse o proteger a su familia	1		2		a. Protegerse o proteger a su familia	1		2		2
b. Proteger su patrimonio o propiedad	1		2		b. Proteger su patrimonio o propiedad	1		2		b. Proteger su patrimonio o propiedad	1		2		
c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1		2		c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1		2		c. Movilizarse o utilizar el espacio público	1		2		
d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1		2		d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1		2		d. Ejercer su actividad profesional, comercial o económica	1		2		
e. Evitarse problemas	1		2		e. Evitarse problemas	1		2		e. Evitarse problemas	1		2		
<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>				<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>				<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>				<i>Si todas las respuestas son «No», pase al capítulo K</i>			

A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.

Seguridad comunitaria	1			Pase al capítulo K	Seguridad comunitaria	1			Pase al capítulo K	Seguridad comunitaria	1			Pase al capítulo K	Seguridad comunitaria	1			Pase al capítulo K	3
Empresa de seguridad privada o celador particular	2				Empresa de seguridad privada o celador particular	2				Empresa de seguridad privada o celador particular	2				Empresa de seguridad privada o celador particular	2				
Alguna persona particular (diferente al celador)	3				Alguna persona particular (diferente al celador)	3				Alguna persona particular (diferente al celador)	3				Alguna persona particular (diferente al celador)	3				
Combo o padilla	4				Combo o padilla	4				Combo o padilla	4				Combo o padilla	4				
Banda criminal	5				Banda criminal	5				Banda criminal	5				Banda criminal	5				
Guerrilla	6				Guerrilla	6				Guerrilla	6				Guerrilla	6				
No responde	8				No responde	8				No responde	8				No responde	8				
No sabe	9				No sabe	9				No sabe	9				No sabe	9				
a. Llamada telefónica	1				a. Llamada telefónica	1				a. Llamada telefónica	1				a. Llamada telefónica	1				4
b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1				b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1				b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1				b. Carta o panfleto, boleta o nota de pago	1				
c. En persona	1				c. En persona	1				c. En persona	1				c. En persona	1				
d. Otro, ¿cuál?	1				d. Otro, ¿cuál?	1				d. Otro, ¿cuál?	1				d. Otro, ¿cuál?	1				
a. Usted o su familia estarían en riesgo	1				a. Usted o su familia estarían en riesgo	1				a. Usted o su familia estarían en riesgo	1				a. Usted o su familia estarían en riesgo	1				5
b. Recibiría amenazas o intimidación	1				b. Recibiría amenazas o intimidación	1				b. Recibiría amenazas o intimidación	1				b. Recibiría amenazas o intimidación	1				
c. Atentarían contra su propiedad	1				c. Atentarían contra su propiedad	1				c. Atentarían contra su propiedad	1				c. Atentarían contra su propiedad	1				
d. No lo dejarían trabajar	1				d. No lo dejarían trabajar	1				d. No lo dejarían trabajar	1				d. No lo dejarían trabajar	1				
e. No lo dejarían movilizarse	1				e. No lo dejarían movilizarse	1				e. No lo dejarían movilizarse	1				e. No lo dejarían movilizarse	1				
f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1				f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1				f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1				f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica	1				
g. No se concretaría algún negocio	2			Pase a 8	g. No se concretaría algún negocio	2			Pase a 8	g. No se concretaría algún negocio	2			Pase a 8	g. No se concretaría algún negocio	2			Pase a 8	
h. No pasaría nada	3			Pase a 8	h. No pasaría nada	3			Pase a 8	h. No pasaría nada	3			Pase a 8	h. No pasaría nada	3			Pase a 8	
i. No sabe	9			Pase a 7	i. No sabe	9			Pase a 7	i. No sabe	9			Pase a 7	i. No sabe	9			Pase a 7	

J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

<p>Quién cree que habría sido responsable de esta acción: (Lea sólo las dos primeras opciones)</p>	6	<p>La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Alguien distinto <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 8</p>	<p>La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Alguien distinto <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 8</p>
<p>Si le hubiera pasado algo en su contra, quién habría sido el responsable: (Lea sólo las dos primeras opciones)</p>	7	<p>La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Alguien distinto <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>	<p>La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Alguien distinto <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>
<p>¿Cómo realizó el pago?</p>	8	<p>a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 10</p>	<p>a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Pase a 10</p>
<p>¿Cuál fue el valor del último o único pago?</p>	9	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>\$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>\$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p>
<p>¿Con qué frecuencia realizó estos pagos?</p>	10	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p>
<p>¿En dónde realizó el pago?</p>	11	<p>Su hogar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>El banco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p>	<p>Su hogar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>El banco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p>
<p>¿...se sentía forzado(a) a pagar a esta persona o grupo?</p>	12	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a capítulo K</p>	<p><input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a capítulo K</p>

J. PAGOS A PARTICULARES (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/> Pase a 8	6
La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/>	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/>	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/>	La persona o grupo a quien pagó <input type="text" value="1"/> Alguien distinto <input type="text" value="2"/> No responde <input type="text" value="8"/> No sabe <input type="text" value="9"/>	7
a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> Pase a 10	a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> Pase a 10	a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> Pase a 10	a. En dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> b. Transacciones bancarias o tarjetas pre-pago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, ganado, etc.) <input type="text" value="1"/> d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> e. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="1"/> Pase a 10	8
\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> \$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> No responde <input type="text" value="8"/>	\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> \$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> No responde <input type="text" value="8"/>	\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> \$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> No responde <input type="text" value="8"/>	\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> \$2.000.001 o más <input type="text" value="7"/> No responde <input type="text" value="8"/>	9
Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> Una vez al mes <input type="text" value="3"/> Una vez <input type="text" value="4"/>	Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> Una vez al mes <input type="text" value="3"/> Una vez <input type="text" value="4"/>	Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> Una vez al mes <input type="text" value="3"/> Una vez <input type="text" value="4"/>	Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> Una vez al mes <input type="text" value="3"/> Una vez <input type="text" value="4"/>	10
Su hogar <input type="text" value="1"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> El banco <input type="text" value="3"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/>	Su hogar <input type="text" value="1"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> El banco <input type="text" value="3"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/>	Su hogar <input type="text" value="1"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> El banco <input type="text" value="3"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/>	Su hogar <input type="text" value="1"/> La calle, carretera, etc. <input type="text" value="2"/> El banco <input type="text" value="3"/> Su empresa o negocio <input type="text" value="4"/> Su lugar de trabajo <input type="text" value="5"/> Un inmueble perteneciente al proveedor de protección <input type="text" value="6"/> Otro, ¿cuál? <input type="text" value="7"/>	11
Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Pase a capítulo K	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> Pase a capítulo K	Sí <input type="text" value="1"/> No <input type="text" value="2"/> Pase a capítulo K	<input type="text" value="1"/> Continúe <input type="text" value="2"/> Pase a capítulo K	12

K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más)

En lo corrido del 2014, ¿a... le han intentado extorsionar?	1	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Durante el 2013, ¿a... le intentaron extorsionar?	2	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L
¿Esta extorsión es el pago que relató en las preguntas anteriores? <i>Esta pregunta la responden si las repuestas a J6 o J7 son diferentes de la opción 2.</i>	3	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe
A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.			
¿Por qué medios le contactaron?	4	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
¿Quién le intentó extorsionar?	5	Seguridad comunitaria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Banda criminal <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Guerrilla <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Seguridad comunitaria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Banda criminal <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Guerrilla <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>
¿Qué amenazó el extorsionista?	6	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
¿Qué cree que sucedería si se niega a pagar?	7	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9

OBSERVACIONES

K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	1
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe	2
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Pase al capítulo L	3
No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Continúe	

A continuación le preguntaremos por el último o único hecho ocurrido en 2013. Es muy importante que usted recuerde lo sucedido en relación con este hecho.

a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Llamada telefónica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	4
b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Correos electrónicos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Carta o panfleto, boleto o nota de pago <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. En persona <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Mensajes de texto <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
Seguridad comunitaria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Seguridad comunitaria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Seguridad comunitaria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Seguridad comunitaria <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	5
Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Alguna persona particular <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Combo o pandilla <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Banda criminal <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Banda criminal <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Banda criminal <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Banda criminal <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	
Guerrilla <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Guerrilla <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Guerrilla <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Guerrilla <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Alguien desde la cárcel <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	
No responde <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	No responde <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>	
No sabe <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Su integridad y la integridad de su familia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	6
b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Retención de su patrimonio o propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. Su actividad profesional, económica o comercial <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. Su posibilidad de movilizarse o utilizar el espacio público <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Otro, ¿qué? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	a. Usted o su familia estarían en riesgo <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	7
b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	b. Recibiría amenazas o intimidaciones <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	c. Sería objeto de agresiones contra su propiedad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	d. No lo dejarían trabajar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	e. No lo dejarían movilizarse <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	f. Tendría que abandonar su lugar de residencia o actividad económica <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	
g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	g. No pasaría nada <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 9	

OBSERVACIONES

K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

<p>¿Quién cree que realizaría esta acción?</p>	<p>8</p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>
<p>A causa del intento de extorsión, ...:</p>	<p>9</p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>
<p>¿De qué forma le pidieron que pagara?</p>	<p>10</p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 12</p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 12</p>
<p>La última o única vez que lo contactaron, ¿cuánto le pidieron que pagara?</p>	<p>11</p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p>
<p>¿Con qué frecuencia le pidieron que realizara el pago?</p>	<p>12</p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>
<p>¿... realizó el pago de la extorsión?</p>	<p>13</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 15</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 15</p>

K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más) (continuación)

<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>	<p>El grupo criminal o persona que le intentó extorsionar <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Otro grupo criminal u otra persona <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p>	8
<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	<p>a. Cambió de lugar de residencia, números de teléfono o actividad económica <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>b. Modificó sus rutinas diarias (cambió de rutas de desplazamiento, cambió de lugares de recreación, redujo las salidas, etc.). <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p> <p>c. Otro, ¿cuál? <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/></p>	9
<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 12</p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 12</p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 12</p>	<p>a. Dinero en efectivo <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>b. Transacciones bancarias o tarjetas prepago de telefonía celular <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>c. Pagos en especie (alimentos, materiales de construcción, maquinaria, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>d. Prestación de algún servicio (transporte, comercialización de algún producto, uso de espacios como vivienda, bodega o parqueadero, etc.) <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Pase a 12</p>	10
<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p>	<p>\$10.000 o menos <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>De \$10.001 a \$50.000 <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>De \$50.001 a \$100.000 <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>De \$100.001 a \$500.000 <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>De \$500.001 a \$1.000.000 <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>De \$1.000.001 a \$2.000.000 <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p> <p>De \$2.000.001 a \$5.000.000 <input type="text" value="7"/> <input type="text"/></p> <p>\$5.000.001 o más <input type="text" value="8"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="9"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="10"/> <input type="text"/></p>	11
<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>	<p>Una vez al día o más <input type="text" value="1"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez a la semana o más <input type="text" value="2"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez al mes <input type="text" value="3"/> <input type="text"/></p> <p>Una vez <input type="text" value="4"/> <input type="text"/></p> <p>No sabe <input type="text" value="5"/> <input type="text"/></p> <p>No responde <input type="text" value="6"/> <input type="text"/></p>	12
<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 15</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 15</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 15</p>	<p>Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/> Continúe</p> <p>No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/> Pase a 15</p>	13

K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

<p>¿En qué lugar realizó el pago de la extorsión?</p>	<p>14</p>	<p>Su hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>El banco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>	<p>Su hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>La calle, carretera, etc. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>El banco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Su empresa o negocio <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Su lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>
<p>¿...denunció el hecho?</p>	<p>15</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe</p> <p>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18</p>
<p>Ante qué autoridad presentó la denuncia:</p>	<p>16</p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>	<p>SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Cuál fue la principal razón por la cual se denunció el hecho?</p>	<p>17</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Pase a capítulo L</p>	<p>Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Pase a capítulo L</p>
<p>¿Cuál fue la principal razón por la cual no denunció el hecho?</p>	<p>18</p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>	<p>No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/></p>

OBSERVACIONES

K. EXTORSIÓN (para los miembros del hogar de 15 años y más) (conclusión)

Su hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> La calle, carretera, etc. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El banco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Su empresa o negocio <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Su lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Su hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> La calle, carretera, etc. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El banco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Su empresa o negocio <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Su lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Su hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> La calle, carretera, etc. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El banco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Su empresa o negocio <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Su lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	Su hogar <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> La calle, carretera, etc. <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> El banco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Su empresa o negocio <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Su lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Un inmueble perteneciente al extorsionador <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Establecimientos de giros, recargas o loterías <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	14
Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Continúe No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Pase a 18	15
SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	SIJÍN-DIJÍN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fiscalía <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> GAULA <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Policía ordinaria <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	16
Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a capítulo L	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a capítulo L	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a capítulo L	Cumplir una obligación ciudadana <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Buscar justicia <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Buscar protección <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Evitar que pase de nuevo <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Requisito para algún trámite <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Pase a capítulo L	17
No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	No conocía el proceso de denuncia <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Lo amenazaron, miedo a represalias <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Las autoridades no hacen nada <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Un familiar, un amigo o conocido estuvo implicado <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Consideró que era innecesario <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Existían muchos trámites y estos eran demorados <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Faltaban pruebas del hecho <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> Otra, ¿cuál? <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	18

OBSERVACIONES

L. OTROS DELITOS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Durante 2013, ¿...ha sufrido algún otro tipo de delito diferente a los ya mencionados? (Hurto a residencias, hurto de vehículos, hurto a personas, riñas y peleas o extorsión)	1	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
		¿Cuál? _____ _____	¿Cuál? _____ _____
		No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

M. PERCEPCIÓN DEL APOORTE A LA SEGURIDAD (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Cuánto cree... que contribuyen las siguientes instituciones a la seguridad de la ciudad de <u>XXXXXXXXXXXX</u> :	1	a. Policía	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	a. Policía	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		c. Alcaldía	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	c. Alcaldía	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Qué tan protegido(a) se siente ... por:	2	a. La Policía	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	a. La Policía	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
		c. La Alcaldía	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	c. La Alcaldía	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Cuál cree que es el aporte de la seguridad/vigilancia privada a su seguridad:	3	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	Algo <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Nada <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>		
¿Ha oído hablar del Plan Nacional de Vigilancia Comunitaria por Cuadrantes de la Policía Nacional?	4	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>						

03	04	05	06	1		
_____	_____	_____	_____	2		
Hombre <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Mujer <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Hombre <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Mujer <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Hombre <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Mujer <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	3
Años cumplidos <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Años cumplidos <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Años cumplidos <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Años cumplidos <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	4		

L. OTROS DELITOS (para los miembros del hogar de 15 años y más)

Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	1
¿Cuál? _____	¿Cuál? _____	¿Cuál? _____	¿Cuál? _____	
No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	

M. PERCEPCIÓN DEL APOORTE A LA SEGURIDAD (para los miembros del hogar de 15 años y más)

a. Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	a. Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	a. Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	a. Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	1					
b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	b. Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	1
c. Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	c. Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	c. Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	c. Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	c. Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	1
a. La Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	a. La Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	a. La Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	a. La Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	a. La Policía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	2
b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	b. Las Fuerzas Militares	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	2
c. La Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	c. La Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	c. La Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	c. La Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	c. La Alcaldía	Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	2
Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>		Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>		Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>		Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>		Mucho <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	Algo <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Poco <input type="text" value="3"/> <input type="text"/>	Nada <input type="text" value="4"/> <input type="text"/>	3	
Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	Sí <input type="text" value="1"/> <input type="text"/>	No <input type="text" value="2"/> <input type="text"/>	4											

Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)
Bogotá, D. C., diciembre de 2013