



**ACTUALIZACIÓN DE LA
CARACTERIZACIÓN SOBRE
ACTIVIDADES SEXUALES
PAGADAS (ASP) EN BOGOTÁ
FORMULARIO DE CARACTERIZACIÓN
ARD 632 – versión 21 de octubre**



SECRETARÍA DE
LA MUJER



SECCIÓN I. CONTROL OPERATIVO

Fecha encuesta: Día __ __ Mes __ __ Año _2_ _2_		Hora inicio encuesta: __ __ : __ __
101.	a. Nombre del encuestador(a):	b. Identificación:
102.	a. Nombre del supervisor(a):	b. Identificación:
103.	NIM: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
104.	Localidad:	
105.	Barrio:	
106.	Dirección:	
107.	Coordenadas GPS	

RESULTADO DE VISITA, TIPO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE VISITAS

108.	Resultados de la encuesta	Completa	1.	<input type="checkbox"/>			
		Incompleta	2.	<input type="checkbox"/>			
		Rechazo	3.	<input type="checkbox"/>			
		Ocupada(o)	4.	<input type="checkbox"/>			
		Por seguridad	5.	<input type="checkbox"/>			
		Otro motivo, ¿cuál? _____	6.	<input type="checkbox"/>			
109.	¿Qué tipo de supervisión realizó?	Acompañamiento	1.	<input type="checkbox"/>	Escucha de audios	2.	<input type="checkbox"/>
		Ninguna	3.	<input type="checkbox"/>			

No. Visita	a. Fecha de la visita			b. Hora inicial		c. Hora fin		d. Duración de la visita		e. Resultado parcial (Utilizar mismos de resultado de encuesta.) M1
	Día	Mes	Año	Hora	Minutos	Hora	Minutos	Hora	Minutos	
1										
2										
3										

SECCIÓN II. INTRODUCCIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) señor(a) _____:

Mi nombre es _____, trabajo para SEI, empresa contratada por la Secretaría Distrital de la Mujer para realizar el estudio de la Actualización de la Caracterización Sobre Actividades Sexuales Pagadas (ASP) en Bogotá. Este estudio busca recoger información que permita actualizar la caracterización de las PRASP a partir de los perfiles sociodemográficos, la calidad de vida, las condiciones en las que se desarrollan estas actividades y las percepciones e imaginarios sociales alrededor de las ASP en Bogotá.

Usted ha sido seleccionada(o) de forma aleatoria para contestar una encuesta con una duración aproximada de 40 minutos; no obstante, su participación es voluntaria, de forma que usted puede aceptar o negarse a participar y es completamente libre de retirarse antes o durante la encuesta. Además, tiene derecho a solicitar que elimine sus respuestas en cualquier momento, tan solo debe indicar esa decisión, sin ningún problema o consecuencia.

201. Su participación en este estudio no implica ningún riesgo físico o emocional. Las/os responsables de los datos que nos suministre aseguramos el respeto de sus derechos. Su nombre no será usado en ningún tipo de publicación y sus datos personales estarán protegidos bajo la reserva estadística contemplada en las normas vigentes de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y las políticas de manejo de datos personales de SEI, que podrá consultar en la página de la firma.

Si tiene alguna duda, puede comunicarse con Cristian Herrera, Coordinador Operativo de SEI (tel. 6017425757 Ext. 1026) o al correo electrónico cristian.herrera.ps@sei-consultores.com.co.

Esta encuesta será grabada únicamente con el propósito de monitorear y controlar la calidad. No compartiremos ninguna grabación fuera del equipo de investigación y la eliminaremos una vez que nuestro estudio haya concluido.

En agradecimiento

¿Acepta participar bajo los términos antes expuestos y autoriza a la Secretaría Distrital de la Mujer a usar la información que nos suministre?

Sí No → Terminar

SECCIÓN IV. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

401.	Nombre (solo para interacción):	_____	
402.	¿Cuál es su fecha de nacimiento?	Día _ _ Mes _ _ Año _ _ _ _	→ 404
		No sabe <input type="checkbox"/> 88	No responde <input type="checkbox"/> 98
403.	¿Cuántos años cumplidos tiene?	_ _	
404.	¿Cuál es su sexo de nacimiento?	Hombre	1 <input type="checkbox"/>
		Mujer	2 <input type="checkbox"/>
		Intersexual	3 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
405.	¿Cuál es su orientación sexual? (Leer opciones)	Lesbiana	1 <input type="checkbox"/>
		Gay	2 <input type="checkbox"/>
		Bisexual	3 <input type="checkbox"/>
		Heterosexual	4 <input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál? _____	5 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
406.	¿Cuál es su identidad de género? (Leer opciones)	Femenino	1 <input type="checkbox"/>
		Masculino	2 <input type="checkbox"/>
		Transgénero	3 <input type="checkbox"/>
		Persona no binaria	4 <input type="checkbox"/>
		Prefiero no decirlo	5 <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál? _____	6 <input type="checkbox"/>

407.	¿Actualmente su estado civil es?	Unión libre	1	<input type="checkbox"/>	
		Casado(a)	2	<input type="checkbox"/>	
		Divorciado(a)	3	<input type="checkbox"/>	
		Separado(a) de unión libre	4	<input type="checkbox"/>	
		Separado(a) de matrimonio	5	<input type="checkbox"/>	
		Viudo(a)	6	<input type="checkbox"/>	
		Soltero(a)	7	<input type="checkbox"/>	
408.	De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ¿usted es o se reconoce como ____?	Indígena	1	<input type="checkbox"/>	
		Gitano(a) (Rrom)	2	<input type="checkbox"/>	
		Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia y Santa Catalina	3	<input type="checkbox"/>	
		Palenquero(a) de San Basilio	4	<input type="checkbox"/>	
		Negro(a)	5	<input type="checkbox"/>	
		Afrocolombiano(a) o afrodescendiente	6	<input type="checkbox"/>	
		Ninguna de las anteriores	7	<input type="checkbox"/>	
409.	¿Cuál es su lugar de nacimiento?	a. País: _____			
		b. Departamento/Estado: _____			
		c. Ciudad/Municipio: _____			
		NS/NR 99	<input type="checkbox"/>		
410.	Actualmente, ¿es Bogotá su lugar permanente de residencia?	Sí 1	<input type="checkbox"/>	410.a	
		No 2	<input type="checkbox"/>		→411
		¿En qué localidad vive?	_____ 99.	NS/NR <input type="checkbox"/>	
		Pase a pregunta 412			
411.	¿Cuántos días al mes está en Bogotá?	_ _			
412.	¿Desde hace cuánto vive o viene regularmente a Bogotá?	Menos de 1 año	1	<input type="checkbox"/>	
		Entre 1 y 5 años	2	<input type="checkbox"/>	
		Entre 6 y 10 años	3	<input type="checkbox"/>	→415
		Más de 10 años	4	<input type="checkbox"/>	→415
		NS/NR	99	<input type="checkbox"/>	→415
413.	¿Cuáles fueron las razones para venir o permanecer en Bogotá?	a. Su familia tomó la decisión	<input type="checkbox"/>		
		b. Oportunidades económicas o laborales para usted o sus familiares	<input type="checkbox"/>		
		c. Oportunidades educativas para usted o sus familiares	<input type="checkbox"/>		
		d. Condiciones de salud y acceso a servicios médicos de usted o su familia	<input type="checkbox"/>		
		e. Desplazamiento a causa del conflicto armado	<input type="checkbox"/>		
		f. Desplazamiento por situaciones políticas	<input type="checkbox"/>		
		g. Violencia de pareja	<input type="checkbox"/>		
		h. Otra razón ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>		
		NS/NR	99	<input type="checkbox"/>	
414.	¿En dónde vivía hace 5 años?	Es este municipio	1	<input type="checkbox"/>	
		En otro municipio colombiano, ¿cuál? _____	2	<input type="checkbox"/>	
		En otro país, ¿cuál? _____	3	<input type="checkbox"/>	
415.	¿Usted se considera víctima del conflicto armado?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/>	→501
		NS/NR	99	<input type="checkbox"/>	→501
416.	¿Se encuentra inscrita(o) en el registro único de víctimas RUV?	Sí	1	<input type="checkbox"/>	
		No	2	<input type="checkbox"/>	
		NS/NR	99	<input type="checkbox"/>	

SECCIÓN V. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA			
501.	¿En qué tipo de vivienda habita?	Casa	1 <input type="checkbox"/> → 505
		Apartamento	2 <input type="checkbox"/> → 505
		Cuarto en una estructura tipo vivienda	3 <input type="checkbox"/> → 505
		Cuarto en el establecimiento donde realiza ASP	4 <input type="checkbox"/>
		Cuarto en hotel	5 <input type="checkbox"/> → 503
		Otro tipo de vivienda (contenedor, carpa, embarcación, vagón, cueva, refugio natural, cambuche etc.)	6 <input type="checkbox"/> → 505
502.	En el cuarto dentro del establecimiento, usted:	Paga arriendo	1 <input type="checkbox"/>
		No paga	2 <input type="checkbox"/> → 510
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 510
503.	¿Cada cuánto paga ese arriendo?	Diario	1 <input type="checkbox"/>
		Semanal	2 <input type="checkbox"/>
		Mensual	3 <input type="checkbox"/>
		Otro ¿cuál? _____	4 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
504.	¿Cuánto paga por el arriendo?	_ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ → 512	
504.a	¿Este valor incluye servicios?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
505.	Estrato socioeconómico que identifica la vivienda según el recibo de luz	Estrato 1	1 <input type="checkbox"/>
		Estrato 2	2 <input type="checkbox"/>
		Estrato 3	3 <input type="checkbox"/>
		Estrato 4	4 <input type="checkbox"/>
		Estrato 5	5 <input type="checkbox"/>
		Estrato 6	6 <input type="checkbox"/>
		Sin estrato	7 <input type="checkbox"/>
		Comercial	8 <input type="checkbox"/>
NS/NR	99 <input type="checkbox"/>		
506.	La vivienda donde usted reside es ___:	Propia, totalmente pagada	1 <input type="checkbox"/> → 510
		Propia, la están pagando	2 <input type="checkbox"/>
		En arriendo o subarriendo	3 <input type="checkbox"/> → 508
		Propia de otra persona, no pago arriendo	4 <input type="checkbox"/> → 510
		Otra forma de tenencia (posesión sin título, ocupante de hecho, propiedad colectiva, etc.)	5 <input type="checkbox"/> → 510
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 510
507.	¿Cuál es el valor mensual de la cuota?	_ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ → 510	
508.	¿Cada cuánto paga ese arriendo?	Diario	1 <input type="checkbox"/>
		Semanal	2 <input type="checkbox"/>
		Mensual	3 <input type="checkbox"/>
		Otro ¿Cuál? _____	4 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
509.	¿Cuánto paga por el arriendo de esta vivienda?	_ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
509.a	¿Este valor incluye servicios?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
510.	☞ Encuestador(a): Revise pregunta 501 si la respuesta es 3 o 4 pase a 512 Incluyendo sala y comedor ¿de cuántos cuartos o piezas dispone el sitio donde vive? (No incluya cocina, baños, garajes ni los cuartos destinados a negocio)	_ _	
511.	¿Cuántos de esos cuartos usan las personas para dormir?	_ _	

512.	¿En dónde preparan los alimentos las personas del lugar donde habita?	En un espacio dedicado solo para cocinar	1 <input type="checkbox"/>
		En un cuarto usado también para dormir	2 <input type="checkbox"/>
		En una sala comedor con lavaplatos	3 <input type="checkbox"/>
		En una sala comedor sin lavaplatos	4 <input type="checkbox"/>
		En un patio, corredor, enramada, al aire libre	5 <input type="checkbox"/>
		En ninguna parte (no preparan alimentos)	6 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
513.	¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta la vivienda donde habita?	Inodoro conectado a alcantarillado	1 <input type="checkbox"/>
		Inodoro conectado a pozo séptico	2 <input type="checkbox"/>
		Inodoro sin conexión	3 <input type="checkbox"/>
		Letrina	4 <input type="checkbox"/>
		No tiene servicio sanitario	5 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
514.	<p>Encuestador(a): Aplique esta pregunta solo a los que respondieron la opción 3 o 4 en pregunta 501</p> ¿Tiene que pagar por el uso de servicios sanitarios?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
515.	<p>Encuestador(a): Aplique esta pregunta solo a los que respondieron la opción 3 o 4 en pregunta 501</p> ¿Tiene que pagar por el uso de la cocina?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
516.	¿Cuáles de los siguientes bienes o activos posee el lugar donde habita?	a. Máquina lavadora de ropa	<input type="checkbox"/>
		b. Nevera o refrigerador	<input type="checkbox"/>
		c. Licuadora	<input type="checkbox"/>
		d. Estufa eléctrica o a gas	<input type="checkbox"/>
		e. Horno microondas, eléctrico o a gas	<input type="checkbox"/>
		f. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica	<input type="checkbox"/>
		g. Televisor	<input type="checkbox"/>
		h. Tablet (iPads)	<input type="checkbox"/>
		i. Computador (de escritorio o portátil)	<input type="checkbox"/>
		j. Bicicleta	<input type="checkbox"/>
		k. Motocicleta	<input type="checkbox"/>
		l. Carro particular	<input type="checkbox"/>
		m. Teléfono celular	<input type="checkbox"/>
517.	¿Con cuáles de los siguientes servicios cuenta la vivienda?	a. Energía eléctrica	<input type="checkbox"/>
		b. Gas natural	<input type="checkbox"/>
		c. Alcantarillado	<input type="checkbox"/>
		d. Acueducto	<input type="checkbox"/>
		e. Recolección de basuras	<input type="checkbox"/>
		f. Internet	<input type="checkbox"/>
		g. Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN VI. COMPOSICIÓN DEL HOGAR							
601.	Incluido/a usted, ¿con cuántas personas vive?			_ _			
A continuación, le voy a hacer unas preguntas relacionadas con las personas con quienes usted vive							
602.	Orden	a. ¿Cuál es parentesco que tiene con usted? 1. Encuestada(o) 2. Amiga/amigo 3. Compañera o compañero de trabajo 4. Pareja 5. Padre 6. Madre 7. Hermano/hermana 8. Abuelo/abuela 9. Hijo/hija 10. Otro(a) pariente 11. Otro(a) no pariente	b. ¿Cuántos años cumplidos tiene?	c. ¿Tiene alguna discapacidad? Sí 1 No 2	d. Es usted la(el) cuidadora(o) directa (o) Sí 1 No 2 NA 3	e. ¿Recibió ingresos económicos el mes pasado? Sí 1 No 2	f. ¿Aporta ingresos para los gastos de la vivienda? Sí 1 No 2
	1	1. Datos de la(el) encuestada(o)	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	NA	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	2	_ _	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	3	_ _	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	4	_ _	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	5	_ _	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
	6	_ _	_ _	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> → 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

SECCIÓN VII. CARACTERIZACIÓN ECONÓMICA													
701.	¿Cuántas personas dependen económicamente de usted?			_ _ No tiene dependientes 1 <input type="checkbox"/> → 703									
702.	¿Qué relación tienen con usted?			a. Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a)							<input type="checkbox"/>		
				b. Hijas(os)							<input type="checkbox"/>		
				c. Hijastras(os)							<input type="checkbox"/>		
				d. Madre							<input type="checkbox"/>		
				e. Madrastra							<input type="checkbox"/>		
				f. Padre							<input type="checkbox"/>		
				g. Padrastro							<input type="checkbox"/>		
				h. Nietas(os)							<input type="checkbox"/>		
				i. Otro (s) pariente(s)							<input type="checkbox"/>		
				j. Otro (s) no pariente(s)							<input type="checkbox"/>		
			NS/NR							99 <input type="checkbox"/>			
703.	De 1 a 10, siendo 1 la persona más pobre y 10 la más adinerada, ¿dónde se ubicaría usted con respecto al promedio de personas en Bogotá?			más pobre					más adinerada(o)				
				1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
704.	¿Usted considera que sus ingresos mensuales son suficientes para cubrir sus gastos básicos?			Sí							1 <input type="checkbox"/>		
				No							2 <input type="checkbox"/>		
				NS/NR							99 <input type="checkbox"/>		

705.	¿Usted toma decisiones sobre el uso del dinero que se gana?	Sí	1 <input type="checkbox"/> →801
		No	2 <input type="checkbox"/>
706.	¿Quién decide sobre el uso del dinero?	Pareja	1 <input type="checkbox"/>
		Madres/padres	2 <input type="checkbox"/>
		Hijas/hijo	3 <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿quién? _____	4 <input type="checkbox"/>

SECCIÓN VIII. OCUPACIÓN

801.	¿En qué actividad ocupa la mayor parte del tiempo?	Trabajando en actividades sexuales pagadas	1 <input type="checkbox"/> →803	
		Buscando trabajo	2 <input type="checkbox"/>	
		Estudiando	3 <input type="checkbox"/>	
		Oficios del hogar o al cuidado de dependientes	4 <input type="checkbox"/>	
		Otra actividad que no le genera ingresos	5 <input type="checkbox"/>	
		Otra actividad que le genera ingresos ¿cuál? _____	6 <input type="checkbox"/>	
802.	Normalmente, ¿cuántas horas a la semana dedica en esta actividad?	_ _ _ _		
803.	Normalmente, ¿cuántas horas a la semana dedica a ASP?	_ _ _ _		
804.	En una semana promedio, ¿cuánto estima que gana en ASP?	_ _ _ _ . _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ NS/NR 99 <input type="checkbox"/>		
805.	El mes pasado recibió ingresos por concepto de:	a. Auxilio o subsidio de alimentación	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		b. Auxilio o subsidio de transporte	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		c. Subsidio familiar	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		d. Subsidio educativo	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		e. Rentas por alquiler o arrendamiento por inversiones (CDT, criptomonedas, etc)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		f. Pensión alimenticia, o por vejez o invalidez	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		g. Ayudas económicas de familiares o amigas(os)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		h. Bonificaciones, propinas o incentivos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
806.	¿Además de dinero, recibe otras formas de pago por ASP?	a. Alimentos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		b. Vivienda	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		c. Transporte	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		d. Bonos/propinas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		e. Sustancias psicoactivas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		f. Otro, ¿cuál? _____	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>

807.	a. ¿Cuál de las siguiente modalidades de ASP realiza		b. ¿En qué lugares realiza la prestación de servicios?	c. En promedio ¿cuánto dinero recibe por cada servicio que atiende?	Aplica solo para las que responden 4. Más de 80.000 en 807.c	d. Podría identificar el rango del valor por servicio	e. Aproximadamente, ¿cuántos días a la semana realiza esa modalidad ?	f. ¿Cuál es la modalidad que realiza de manera más frecuente? (que dedica la mayor parte del tiempo)
			a. Vivienda del cliente b. Residencia/ Motel/ Hotel c. Establecimiento d. Paga diario e. En su vivienda f. Vehículo g. Via pública h. En estudio (de grabación o web cam) i. Otra, ¿cuál?	1. Menos de 30.000 2. Entre 30.000 y 50.000 3. Entre 50.001 y 80.000 4. Más de 80.000	1. Entre de 80.001 y 500.000 2. Entre 500.001 y 1.000.000 3. Entre 1.000.001 y 2.000.000 4. Más de 2.000.000			
	En establecimiento	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	En calle	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Líneas telefónicas eróticas	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Modelaje web cam	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Servicios de acompañantes o agencia de escorts	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Actuación en películas pornográficas	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Generación de contenidos	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otra, ¿cuál? ____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	a. <input type="checkbox"/> b. <input type="checkbox"/> c. <input type="checkbox"/> d. <input type="checkbox"/> e. <input type="checkbox"/> f. <input type="checkbox"/> g. <input type="checkbox"/> h. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Encuestador(a): Las preguntas 808 a 820 están dirigidas a la modalidad que dedica la mayor parte de tiempo (revisar respuesta en 807.f)

808.	Días en que ejerce:	Todos los días	1 <input type="checkbox"/>	
		No tiene un día fijo	2 <input type="checkbox"/>	
		a. Lunes	<input type="checkbox"/>	
		b. Martes	<input type="checkbox"/>	
		c. Miércoles	<input type="checkbox"/>	
		d. Jueves	<input type="checkbox"/>	
		e. Viernes	<input type="checkbox"/>	
		f. Sábado	<input type="checkbox"/>	
809.	¿En qué horarios ejerce?	a. Mañana	<input type="checkbox"/>	
		b. Tarde	<input type="checkbox"/>	
		c. Noche	<input type="checkbox"/>	
		d. Madrugada	<input type="checkbox"/>	
810.	¿Generalmente realiza el contacto con sus clientes a través de:	a. Llamada telefónica	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		b. Redes sociales (WhatsApp, Instagram, etc.)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		c. Aplicaciones móviles sexuales	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		d. Directo en el establecimiento	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		e. Directo en la calle	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		f. Un intermediario	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		g. Bar	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		h. Otra ¿Cuál? ____	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>

811.	¿Qué días de la semana realiza más servicios?	a. Lunes	<input type="checkbox"/>		
		b. Martes	<input type="checkbox"/>		
		c. Miércoles	<input type="checkbox"/>		
		d. Jueves	<input type="checkbox"/>		
		e. Viernes	<input type="checkbox"/>		
		f. Sábado	<input type="checkbox"/>		
		g. Domingo	<input type="checkbox"/>		
		No identifica un día en particular	1	<input type="checkbox"/>	
NS/NR		99	<input type="checkbox"/>		
812.	¿Cuáles considera que son los periodos del mes con más servicios?	a. Empezando quincena 1.	<input type="checkbox"/>	Terminando quincena 2	<input type="checkbox"/>
		b. Fin de semana 1.	<input type="checkbox"/>	Día de semana 2	<input type="checkbox"/>
		c. Inicio de mes 1.	<input type="checkbox"/>	Fin de mes 2	<input type="checkbox"/>
		d. Otro ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>		
		No identifica un periodo en particular	3	<input type="checkbox"/>	
		NA	4	<input type="checkbox"/>	
		NS/ NR	99	<input type="checkbox"/>	
813.	Aproximadamente, el día que más servicios tiene, ¿cuántos servicios atiende?	_ _ _ NS/NR 99 <input type="checkbox"/>			
814.	¿Cuánto dinero recibe en promedio el día con más servicios?	_ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _ NS/NR 99 <input type="checkbox"/>			
815.	¿Qué días de la semana realiza menos servicios?	a. Lunes	<input type="checkbox"/>		
		b. Martes	<input type="checkbox"/>		
		c. Miércoles	<input type="checkbox"/>		
		d. Jueves	<input type="checkbox"/>		
		e. Viernes	<input type="checkbox"/>		
		f. Sábado	<input type="checkbox"/>		
		g. Domingo	<input type="checkbox"/>		
		No identifica un día en particular	1	<input type="checkbox"/>	
NS/NR		99	<input type="checkbox"/>		
817.	Aproximadamente, ¿el día que menos servicios tiene, cuántos servicios atiende?	_ _ _			
818.	¿Cuánto dinero recibe en promedio el día con menos servicios?	_ _ _ . _ _ _ _ . _ _ _ _ _			
819.	¿Tiene usted que dar dinero a un intermediario, establecimiento o algún tercero para ejercer las Actividades Sexuales Pagadas?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input type="checkbox"/> → 901		
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 901		
820.	¿A quién o quiénes tiene que dar dinero para realizar las actividades sexuales pagadas?	a. Intermediario	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
		b. Establecimiento	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
		c. Pareja	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
		d. Expareja	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
		e. Familiar	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
		f. Fuerza pública	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
		g. Bandas organizadas o grupos armados	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
		h. Agencia o plataformas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
		i. Otro ¿Cuál? _____	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
821.	Del total de dinero que recibe por servicio ¿qué porcentaje le tiene que dar?	_ _ _ % NS/NR 99 <input type="checkbox"/>			

SECCIÓN IX. DINÁMICAS AL INTERIOR DE LAS ASP							
901.	¿En qué lugar inició la actividad sexual pagada?		a. País: _____ b. Departamento/Estado: _____ c. Ciudad/Municipio: _____ NS/NR 99 <input type="checkbox"/>				
902.	¿A qué edad recibió el primer pago por realizar Actividades Sexuales Pagadas?		_ _				
903.	¿A través de qué medio se enteró de la posibilidad de desempeñar actividades sexuales pagadas?		Una(un) amiga(o)		1 <input type="checkbox"/>		
			Una(un) familiar		2 <input type="checkbox"/>		
			Su pareja		3 <input type="checkbox"/>		
			Un aviso de periódico		4 <input type="checkbox"/>		
			Por internet		5 <input type="checkbox"/>		
			Conocía la zona		6 <input type="checkbox"/>		
			Engaño		7 <input type="checkbox"/>		
			Trabajaba en un establecimiento realizando otras actividades		8 <input type="checkbox"/>		
			Otra		9 <input type="checkbox"/>		
			NS/NR		99 <input type="checkbox"/>		
904.	¿Por qué se dedicó a las Actividades Sexuales Pagadas?		a. Generación de ingresos		<input type="checkbox"/>		
			b. Presión familiar		<input type="checkbox"/>		
			c. Desarrollo personal		<input type="checkbox"/>		
			d. Engaño, ¿de quién? _____		<input type="checkbox"/>		
			e. Es una actividad común en mi barrio		<input type="checkbox"/>		
			f. Situación del conflicto armado		<input type="checkbox"/>		
			g. Me gusta compartir con muchas personas		<input type="checkbox"/>		
			h. Obligada(o) por alguien, ¿quién? _____		<input type="checkbox"/>		
			i. Es interesante		<input type="checkbox"/>		
			j. No tuve otra opción laboral		<input type="checkbox"/>		
			k. Tengo talento		<input type="checkbox"/>		
			l. Por tradición o trayectoria familiar		<input type="checkbox"/>		
			m. Por placer		<input type="checkbox"/>		
			n. La opción más rentable		<input type="checkbox"/>		
o. Otras ¿Cuál? _____		<input type="checkbox"/>					
905.	¿A qué se dedicaba antes de iniciarse en Actividades Sexuales Pagadas?		Trabajando en otra actividad		1 <input type="checkbox"/>		
			Buscaba trabajo		2 <input type="checkbox"/>		
			Estudiando		3 <input type="checkbox"/>		
			Realizando oficios del hogar		4 <input type="checkbox"/>		
			Con incapacidad para trabajar		5 <input type="checkbox"/>		
			Al cuidado de dependientes		6 <input type="checkbox"/>		
			Otra actividad ¿Cuál? _____		7 <input type="checkbox"/>		
			NS/NR		99 <input type="checkbox"/>		
906.	¿Realiza actividades sexuales pagadas en otras ciudades diferentes a Bogotá?	Sí	1 <input type="checkbox"/> →		906.a. ¿Por qué?		
		No	2 <input type="checkbox"/> → 908				
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 908				
				Motivos personales	1 <input type="checkbox"/>	Oferta laboral	3 <input type="checkbox"/>
				Recomendación de una amiga(o)	1 <input type="checkbox"/>	Otra, ¿cuál? _____	4 <input type="checkbox"/>
907.	Mencione los dos últimos sitios donde ejerció ASP en otras ciudades diferentes a Bogotá	Sitio	a. País	b. Departamento/Estado	c. Ciudad/Municipio	d. ¿Cuánto tiempo duró en este lugar?	
		1	_____	_____	_____	Meses _ _ Años _ _	
		2	_____	_____	_____	Meses _ _ Años _ _	

De las siguientes opciones, señale a quién o a quiénes ofrece sus servicios y con qué frecuencia, donde 1 pocas veces y 4 siempre.											
¿Ofrece sus servicios a___?				Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre				
908.	a. Personas que buscan escucha o compañía	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
		Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
	b. Personas que buscan cumplir fetiches	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
		Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
	c. Personas con discapacidad física	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
		Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
	d. Personas con discapacidad mental	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
		Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
	e. Personas adultas mayores	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
		Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
	f. Personas menores de edad	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
		Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
	g. Personas privadas de la libertad	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
		Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>				
h. Mujeres	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
i. Hombres	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
j. Transexuales	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
k. Transgénero	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
l. Parejas	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
m. Grupos	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>					
909.	Usted considera que las Actividades Sexuales Pagadas son					La opción más rentable		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
						La opción que usted prefiere		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
						La que mejor se acomoda a sus tiempos		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
						La que está forzada a realizar		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
						La única opción que tiene		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
910.	En una escala de 1 a 10, donde 1 es Poco satisfecha(o) y 10 Muy satisfecha(o) , ¿qué tan satisfecha(o) se encuentra con la realización de Actividades Sexuales Pagadas?	Poco satisfecha(o)					Muy satisfecha(o)				
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
911.	¿Ha querido dejar de realizar actividades sexuales pagadas?	Sí								1 <input type="checkbox"/>	
		No								2 <input type="checkbox"/> → 1001	
		NS/NR								99 <input type="checkbox"/> → 1001	
912.	¿Por qué no le ha sido posible dejar de realizarlas?	a. No tiene otros ingresos económicos								<input type="checkbox"/>	
		b. Imposibilidad de conseguir trabajo en otro tipo de actividad								<input type="checkbox"/>	
		c. No conoce otros oficios								<input type="checkbox"/>	
		d. Tiene deudas con el establecimiento								<input type="checkbox"/>	
		e. Está bajo amenaza								<input type="checkbox"/>	
		f. Otra ¿Cuál? _____								<input type="checkbox"/>	
913.	¿En 5 años cómo se ve?	a. Realizando el mismo trabajo actual								<input type="checkbox"/>	
		b. Realizando otro trabajo								<input type="checkbox"/>	
		c. Estudiando								<input type="checkbox"/>	
		d. Emprendiendo								<input type="checkbox"/>	
		e. Pensionada(o)								<input type="checkbox"/>	
		f. Otra ¿Cuál? _____								<input type="checkbox"/>	

SECCIÓN X. REDES DE APOYO			
1001.	¿A quién o quiénes pediría ayuda en caso de tener problemas emocionales?	a. A alguien con quien vive	<input type="checkbox"/>
		b. Pareja	<input type="checkbox"/>
		c. Cliente	<input type="checkbox"/>
		d. Familiares con los que no vive	<input type="checkbox"/>
		e. Vecinas(os)	<input type="checkbox"/>
		f. Amigas(os)	<input type="checkbox"/>
		g. Una(un) profesional especializada(o) (psicóloga, trabajadora social, psiquiatra)	<input type="checkbox"/>
		h. Compañeras(os) de trabajo	<input type="checkbox"/>
		i. Grupo espiritual, iglesia, congregación, astróloga(o), chamán	<input type="checkbox"/>
		j. Prefiere no pedirle ayuda a nadie	<input type="checkbox"/>
		k. No tiene quien le ayude	<input type="checkbox"/>
		l. Otro(s) no pariente(s)	<input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1002.	¿A quién o quiénes pediría ayuda en caso de tener problemas económicos?	a. Alguien con quien vive	<input type="checkbox"/>
		b. Pareja	<input type="checkbox"/>
		c. Familiares de otro hogar	<input type="checkbox"/>
		d. Vecinas(os)	<input type="checkbox"/>
		e. Amigas(os)	<input type="checkbox"/>
		f. Banco, cooperativa de ahorro	<input type="checkbox"/>
		g. Iglesia, congregación o grupo espiritual	<input type="checkbox"/>
		h. Compañeras(os) de trabajo	<input type="checkbox"/>
		i. Clientes	<input type="checkbox"/>
		j. Intermediaria(o) o administradora(or) establecimiento	<input type="checkbox"/>
		k. Compraventa, prestamista (gota a gota)	<input type="checkbox"/>
		l. Entidad de caridad	<input type="checkbox"/>
		m. Prefiere no pedirle ayuda a nadie	<input type="checkbox"/>
		n. No tiene quien le ayude	<input type="checkbox"/>
1003.	¿A quién o quiénes pediría ayuda en caso de tener problemas legales?	a. Alguien con quien vive	<input type="checkbox"/>
		b. Pareja	<input type="checkbox"/>
		c. Amigas(os)	<input type="checkbox"/>
		d. Clientes	<input type="checkbox"/>
		e. Iglesia, congregación o grupo espiritual	<input type="checkbox"/>
		f. Compañeras(os) de trabajo	<input type="checkbox"/>
		g. Intermediario(a) o administradora(or) establecimiento	<input type="checkbox"/>
		h. Abogada(o)	<input type="checkbox"/>
		i. Sindicato u organización defensora de derechos humanos	<input type="checkbox"/>
		j. Instituciones distritales (Casa de Igualdad de Oportunidades)	<input type="checkbox"/>
		k. Consultorio jurídico	<input type="checkbox"/>
		l. Prefiere no pedirle ayuda a nadie	<input type="checkbox"/>
		m. No tiene quien le ayude	<input type="checkbox"/>
		n. Familiares con los que no vive	<input type="checkbox"/>
NS/NR	99 <input type="checkbox"/>		

1004.	¿A quién o dónde pediría ayuda en caso de tener problemas de salud?	a. Alguien con quien vive	<input type="checkbox"/>			
		b. Pareja	<input type="checkbox"/>			
		c. Amigas(os)	<input type="checkbox"/>			
		d. Clientes	<input type="checkbox"/>			
		e. Iglesia, congregación o grupo espiritual	<input type="checkbox"/>			
		f. Instituciones distritales	<input type="checkbox"/>			
		g. Servicio médico (centro médico, atención domiciliaria, farmaceuta)	<input type="checkbox"/>			
		h. Compañeras(os) de trabajo	<input type="checkbox"/>			
		i. Intermediaria(o) o administradora(or) establecimiento	<input type="checkbox"/>			
		j. Sindicato u organización defensora de derechos humanos	<input type="checkbox"/>			
		k. Prefiere no pedirle ayuda a nadie	<input type="checkbox"/>			
		l. No tiene quien le ayude	<input type="checkbox"/>			
		n. Familiares con los que no vive	<input type="checkbox"/>			
		o. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>			
NS/NR	99 <input type="checkbox"/>					
1005.	¿Quién sabe que ejerce actividades sexuales pagadas?	a. Madre, padre, hermanos(as), hijos(as)	<input type="checkbox"/>			
		b. Pareja	<input type="checkbox"/>			
		c. Otros familiares	<input type="checkbox"/>			
		d. Vecinas(os)	<input type="checkbox"/>			
		e. Amistades	<input type="checkbox"/>			
		f. Todas las personas que me conocen	<input type="checkbox"/>			
		g. Nadie	<input type="checkbox"/>			
		h. Otro ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>			
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>			
1006.	Califique en una escala de 1 a 5, la relación con las personas que viven o tienen establecimientos comerciales en el barrio donde usted trabaja o, siendo 1 muy mala y 5 muy buena	Muy mala	Muy buena			
		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		No tiene relación con los(as) vecinos(as) 1 <input type="checkbox"/>				
1007.	¿Participó/participa o perteneció/pertenece a alguna de las siguientes organizaciones?	a. Junta de acción comunal	<input type="checkbox"/>			
		b. Junta administradora local (JAL)	<input type="checkbox"/>			
		c. Grupo religioso	<input type="checkbox"/>			
		d. Asociación padres de familia	<input type="checkbox"/>			
		e. Grupo deportivo	<input type="checkbox"/>			
		f. Grupo cultural	<input type="checkbox"/>			
		g. Sindicato	<input type="checkbox"/>			
		h. Organización e instancias de mujeres	<input type="checkbox"/>			
		i. Otro ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>			
		j. Ninguna/no pertenece	<input type="checkbox"/> → 1101			
1008.	¿Qué tipo de formación y/o servicio recibe a través de ellas?	a. _____				
		b. _____				
		No recibe ningún servicio o formación 1 <input type="checkbox"/>				
1009.	¿Ha tenido algún rol de representación o liderazgo en la organización?	Sí	1 <input type="checkbox"/>			
		No	2 <input type="checkbox"/>			
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>			

SECCIÓN XI. TRAYECTORIA EDUCATIVA			
1101.	¿Sabe leer y escribir?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>

1102.	¿Cuál es su nivel educativo más alto alcanzado y el último año o grado aprobado en ese nivel?	a. Nivel educativo		b. Último año/grado aprobado
		Ninguno	1 <input type="checkbox"/>	→ 1103
		Preescolar	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Básica primaria (1° - 5°)	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Básica secundaria (6°-9°)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Media (10°- 13°)	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Técnico	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tecnológico	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Universitario	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Especialización	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Maestría	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Doctorado	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1103.	¿Actualmente estudia en algún establecimiento de educación formal?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1107	
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1108	
1104.	¿En qué modalidad está estudiando?	Presencial	1 <input type="checkbox"/>	
		Virtual	2 <input type="checkbox"/>	
		A distancia	3 <input type="checkbox"/>	
		Mixto	4 <input type="checkbox"/>	
1105.	¿En qué nivel está matriculado(a) y qué grado o año cursa?	a. Nivel educativo		b. ¿Qué año/grado cursa?
		Preescolar	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 1107
		Básica primaria (1° - 5°)	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 1107
		Básica secundaria (6°-9°)	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 1107
		Media (10°- 13°)	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Técnico	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Tecnológico	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Universitario	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Especialización	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Maestría	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doctorado	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1106.	De las áreas a continuación, ¿en cuáles ha recibido o está recibiendo formación? <i>Encuestador(a): Pase a pregunta 1109</i>	a. Ingeniería, arquitectura, urbanismo y afines	<input type="checkbox"/>	
		b. Agronomía, veterinaria y afines	<input type="checkbox"/>	
		c. Bellas artes	<input type="checkbox"/>	
		d. Ciencias de la educación	<input type="checkbox"/>	
		e. Humanidades y ciencias sociales	<input type="checkbox"/>	
		f. Ciencias de la salud	<input type="checkbox"/>	
		g. Economía, administración, contaduría y afines	<input type="checkbox"/>	
		h. Matemáticas y ciencias naturales	<input type="checkbox"/>	
		i. Otra ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	
1107.	¿Cuál es la principal razón por la que no estudia actualmente? <i>Encuestador(a): Aplique esta pregunta solo a las(os) que respondieron opción 2 en pregunta 1103</i>	Falta de tiempo	1 <input type="checkbox"/>	
		Necesita trabajar o buscar trabajo	2 <input type="checkbox"/>	
		No tiene oportunidad	3 <input type="checkbox"/>	
		Considera que no está en edad para estudiar	4 <input type="checkbox"/>	
		Considera que ya terminó	5 <input type="checkbox"/>	
		Los horarios no se ajustan a sus necesidades	6 <input type="checkbox"/>	
		Falta de dinero	7 <input type="checkbox"/>	
		Costos educativos elevados	8 <input type="checkbox"/>	
		Debe encargarse de las labores domésticas o del cuidado de niñas(os) y otras personas del hogar	9 <input type="checkbox"/>	

		Se casó o formó pareja	10 <input type="checkbox"/>
		Falta de cupos	11 <input type="checkbox"/>
		No existe un centro educativo cercano al lugar donde vive o al establecimiento	12 <input type="checkbox"/>
		Necesita educación especial	13 <input type="checkbox"/>
		Por embarazo	14 <input type="checkbox"/>
		Por enfermedad	15 <input type="checkbox"/>
		No le gusta o no le interesa el estudio	16 <input type="checkbox"/>
		Otra razón ¿Cuál? _____	17 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1108.	¿Tiene usted interés en continuar con sus estudios?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1109.	¿Actualmente cuál es el tema o área de interés que le gustaría recibir una capacitación o charla?	a. Salud sexual y reproductiva	<input type="checkbox"/>
		b. Liderazgo	<input type="checkbox"/>
		c. Autoestima	<input type="checkbox"/>
		d. Participación política	<input type="checkbox"/>
		e. Rutas de atención en caso de violencias	<input type="checkbox"/>
		f. Derechos de las mujeres	<input type="checkbox"/>
		g. Artes y oficios	<input type="checkbox"/>
		h. Manejo de finanzas	<input type="checkbox"/>
		i. Emprendimiento o formación para el trabajo	<input type="checkbox"/>
		j. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>
		Ninguno	1 <input type="checkbox"/>

SECCIÓN XII. SALUD			
1201.	¿Está afiliada(o), es cotizante o beneficiaria(o) de alguna entidad de seguridad social en salud? (Empresa Promotora de Salud EPS o Entidad Promotora)	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1207
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1207
1202.	¿Con cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud tiene afiliación?	Contributivo (EPS)	1 <input type="checkbox"/>
		Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas)	2 <input type="checkbox"/>
		Subsidiado (SISBEN)	3 <input type="checkbox"/> → 1206
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1206
1203.	¿Qué tipo de afiliación tiene?	Cotizante	1 <input type="checkbox"/>
		Beneficiaria(o)	2 <input type="checkbox"/> → 1206
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1206
1204.	¿Tiene personas beneficiarias?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1206
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1206
1205.	¿A quiénes tiene como beneficiarias(os)?	a. Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a)	<input type="checkbox"/>
		b. Hijos(as)	<input type="checkbox"/>
		c. Padre/Madre	<input type="checkbox"/>
1206.	¿Está afiliado al sistema de pensiones?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1207.	Durante el último año , ¿ha requerido atención médica?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>

1208.	¿Su estado de salud en general es___?	Muy bueno	1 <input type="checkbox"/>
		Bueno	2 <input type="checkbox"/>
		Regular	3 <input type="checkbox"/>
		Malo	4 <input type="checkbox"/>
		Muy malo	5 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1209.	¿Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud?	a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		b. Enfermedades respiratorias, bronquitis, enfisema, asma, tuberculosis	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		c. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		d. Enfermedades en los huesos, lesiones, artrosis, artritis	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		e. Problemas articulares	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		f. Várices o problemas circulatorios	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		g. Infecciones genitales	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		h. Virus del papiloma humano (VPH)	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		i. Viruela del mono	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		j. Sífilis	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		k. Gonorrea	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		l. VIH/SIDA	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		m. Otras enfermedades de transmisión sexual	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		n. Otra, ¿cuál?_____	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1210.	<p>Encuestador(a): Aplique esta pregunta solo a las(os) que respondieron opción 1 en alguna de las opciones de la pregunta 1209</p> <p>Principalmente, ¿dónde buscó tratamiento o ayuda?</p>	Hospital/Clinica/institución/puesto de salud	1 <input type="checkbox"/>
		Consultoría médico particular	2 <input type="checkbox"/>
		Organizaciones especializadas en derechos y servicios de salud sexual y reproductiva (Profamilia, Oriéntame, otras)	3 <input type="checkbox"/>
		Droguería/farmacia/botica	4 <input type="checkbox"/>
		Curandero(a)/hierbatero(a)	5 <input type="checkbox"/>
		No buscó tratamiento	6 <input type="checkbox"/>
		Otro ¿Cuál? _____	7 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1211.	¿Durante el último mes ha sentido_____:	a. Preocupación o nerviosismo	<input type="checkbox"/>
		b. Cansancio	<input type="checkbox"/>
		c. Irritabilidad	<input type="checkbox"/>
		d. Soledad	<input type="checkbox"/>
		e. Tristeza	<input type="checkbox"/>
		f. Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>
		g. Dolores estomacales	<input type="checkbox"/>
		h. Dificultades para dormir	<input type="checkbox"/>
		i. Los latidos de su corazón acelerados a pesar de no haber realizado ningún esfuerzo físico	<input type="checkbox"/>
		j. Le fue imposible tener sentimientos positivos hacia sí misma(o)	<input type="checkbox"/>
		k. Ha sentido deseos de morir	<input type="checkbox"/>
		Ningún síntoma	1 <input type="checkbox"/>


1212.	Sin estar enferma(o) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta:	a. Medicina general	<input type="checkbox"/>	↕ 1214
		b. Medicina especializada	<input type="checkbox"/>	
		c. Odontología	<input type="checkbox"/>	
		d. Psicología	<input type="checkbox"/>	
		e. Terapeutas	<input type="checkbox"/>	
		f. Farmaceutas	<input type="checkbox"/>	
		g. Medicina alternativa	<input type="checkbox"/>	
		h. Ninguna de las anteriores	1 <input type="checkbox"/>	
1213.	¿Por qué no consulta servicios de salud por prevención?	a. Falta de dinero	<input type="checkbox"/>	
		b. Muchos trámites	<input type="checkbox"/>	
		c. No le interesa	<input type="checkbox"/>	
		d. Presión de su familia	<input type="checkbox"/>	
		e. Presión de su pareja	<input type="checkbox"/>	
		f. No sabe en dónde o cómo solicitar estos servicios	<input type="checkbox"/>	
		g. No existe institución cercana o donde le asignan las citas es muy lejos	<input type="checkbox"/>	
		h. Falta de tiempo	<input type="checkbox"/>	
		i. En la institución asignada la tratan mal	<input type="checkbox"/>	
		j. En la institución le niegan el servicio	<input type="checkbox"/>	
		k. Por acoso o violencia sexual la última vez que asistió a una cita	<input type="checkbox"/>	
		l. Tiene que encargarse del cuidado de otra persona	<input type="checkbox"/>	
		m. Le da miedo desplazarse hasta el lugar donde la atienden	<input type="checkbox"/>	
		n. Otro, ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	
1214.	En general ¿Cuántos días a la semana descansa?	_ Si el valor es 0 pasar a 1217		
1215.	En general ¿Cuántas horas al día descansa?	_ _		
1216.	¿Qué actividades realiza en sus días de descanso? <i>Encuestador(a): Espere respuesta</i>	a. Dormir	<input type="checkbox"/>	
		b. Practica algún deporte	<input type="checkbox"/>	
		c. Actividades familiares	<input type="checkbox"/>	
		d. Actividades con amistades	<input type="checkbox"/>	
		e. Actividades domésticas	<input type="checkbox"/>	
		f. Actividades políticas o comunitarias	<input type="checkbox"/>	
		g. Actividades religiosas	<input type="checkbox"/>	
		h. Actividades de cuidado personal	<input type="checkbox"/>	
		i. Actividades de diversión	<input type="checkbox"/>	
		j. Sale de compras	<input type="checkbox"/>	
		k. Ve televisión o usa internet (ve redes sociales, juega, ve películas)	<input type="checkbox"/>	
		l. Chequeos médicos	<input type="checkbox"/>	
		m. Otra ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	
1217.	Uno o más días de la semana pasada, ¿usted dejó de consumir____?	1219.a. ¿Cuál fue la razón?		
	a. Desayuno	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Falta de dinero	1 <input type="checkbox"/>
			Falta de tiempo	2 <input type="checkbox"/>
			Régimen alimenticio por cuestiones médicas	3 <input type="checkbox"/>
			Régimen alimenticio por cuestiones estéticas	4 <input type="checkbox"/>
			Hábitos	5 <input type="checkbox"/>
			No me apetece	6 <input type="checkbox"/>


b. Almuerzo	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Falta de dinero	1 <input type="checkbox"/>
		Falta de tiempo	2 <input type="checkbox"/>
		Régimen alimenticio, cuestiones médicas	3 <input type="checkbox"/>
		Régimen alimenticio, cuestiones estéticas	4 <input type="checkbox"/>
		Hábitos	5 <input type="checkbox"/>
		No me apetece	6 <input type="checkbox"/>
c. Cena	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Falta de dinero	1 <input type="checkbox"/>
		Falta de tiempo	2 <input type="checkbox"/>
		Régimen alimenticio, cuestiones médicas	3 <input type="checkbox"/>
		Régimen alimenticio, cuestiones estéticas	4 <input type="checkbox"/>
		Hábitos	5 <input type="checkbox"/>
		No me apetece	6 <input type="checkbox"/>

A continuación, leeré algunas sustancias psicoactivas. Dígame por favor si las ha consumido, la frecuencia, edad de inicio del consumo y si desea dejarlas de consumir

1218.	a. ¿Las ha consumido?	b. Edad de inicio del consumo	c. ¿Actualmente la consume?	d. ¿Con qué frecuencia la consume?				e. ¿Desea dejarlas de consumir?	
				Todos los días	Más de 5 veces a la semana	3 a 5 veces a la semana	Menos de 3 veces a la semana		
	a. Alcohol	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Cigarrillo	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Marihuana	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Perico	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	e. Cocaína	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	f. Heroína	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	g. Anfetaminas	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	h. Ácidos (LCD)	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	i. Éxtasis	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	j. Bazuco	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	k. Pegante	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	____	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

				NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓						
	I. Popper	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
	m. Ketamina	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
	n. Tussi (2cb)	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
	o. Hongos	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
	o. Otra, ¿cuál?__	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	<input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓ NS/NR 99 <input type="checkbox"/> ↓	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
1219.	Encuestador(a): Esta pregunta aplica solo si en pregunta 1218.c. responden 1. Si en alguna de las opciones			Sí					1 <input type="checkbox"/>	
	¿Consume sustancias psicoactivas cuando realiza Actividades Sexuales Pagadas?			No					2 <input type="checkbox"/>	
				NS/NR					99 <input type="checkbox"/>	
1220.	Encuestador(a): Esta pregunta aplica solo si en pregunta 1218.c. responden 1. Si en alguna de las opciones			a. Diversión o placer					<input type="checkbox"/>	
				b. Para no embriagarse					<input type="checkbox"/>	
				c. Depresión o ansiedad					<input type="checkbox"/>	
				d. Como parte del servicio / el/la cliente lo exige					<input type="checkbox"/>	
				e. Resistir la jornada					<input type="checkbox"/>	
				f. Desinhibirse					<input type="checkbox"/>	
				g. Obligación (de parte del/la cliente o dueño(a) del establecimiento o de un tercero)					<input type="checkbox"/>	
				h. Consumo social					<input type="checkbox"/>	
				i. Otra ¿Cuál? _____					<input type="checkbox"/>	
			NS/NR					99 <input type="checkbox"/>		
1221.	Encuestador(a): Aplique esta pregunta solo a mujeres cisgénero y hombres transgénero			Toalla higiénica desechable					1 <input type="checkbox"/>	
				Toalla higiénica reutilizable					2 <input type="checkbox"/>	
				Tampón					3 <input type="checkbox"/>	
				Ropa interior absorbente					4 <input type="checkbox"/>	
				Telas o trapos					5 <input type="checkbox"/>	
				Papel higiénico					6 <input type="checkbox"/>	
				Ropa vieja o calcetines					7 <input type="checkbox"/>	
				Papel o servilletas					8 <input type="checkbox"/>	
				Esponja					9 <input type="checkbox"/>	
				Disco menstrual					10 <input type="checkbox"/>	
				Copa menstrual					11 <input type="checkbox"/>	
				Nada					12 <input type="checkbox"/>	
1222.	Encuestador(a): Aplique esta pregunta solo a mujeres cisgénero y hombres transgénero			Sí					1 <input type="checkbox"/>	
	¿El uso de estos elementos le ha causado algún problema de salud?			No					2 <input type="checkbox"/>	

1223.			
 Encuestador(a): Aplique esta pregunta solo a mujeres cisgénero y hombres transgénero			
De los siguientes métodos anticonceptivos, ¿de cuáles ha oído hablar, ha usado y usa actualmente?			
Método		a. ¿Lo conoce o ha oído hablar?	b. ¿en el último mes ha utilizado este método anticonceptivo?
Hormonal	a. Píldoras	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	b. DIU/T de cobre	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Mirena/Jaydess	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Inyección mensual	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	e. Inyección trimestral	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	f. Implantes subdérmicos (Norplant o Jadelle)	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	g. Anillos	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	h. Píldora del día después	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	i. Parche transdérmico	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
Barrera	j. Condón mujeres	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	j. Condón hombres	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	l. Espuma/Óvulos	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
Naturales	m. Falta menstruación/Lactancia	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	n. Abstinencia/Ciclo	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	o. Coito interrumpido	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
Definitivos	p. Esterilización femenina	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	p. Esterilización masculina	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

1224.			
 Encuestador(a): Aplique esta pregunta solo a hombres cisgénero y mujeres Transgénero			
De los siguientes métodos anticonceptivos, ¿de cuáles ha oído hablar, ha usado y usa actualmente?			
Método		a. ¿Lo conoce o ha oído hablar?	b. ¿en el último mes ha utilizado este método anticonceptivo?
Barrera	j. Condón hombres	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	n. Abstinencia/Ciclo	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	o. Coito interrumpido	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

	Definitivos	p. Esterilización masculina	Sí 1 <input type="checkbox"/> → No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1225.		<p>a. Razones relacionadas con fecundidad</p> <p>Menopausia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Histerectomía 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Infertilidad / subfecundidad 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Posparto/lactancia 4 <input type="checkbox"/></p> <p>Desea más hijos 5 <input type="checkbox"/></p> <p>Embarazada 6 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Oposición a usar</p> <p>Entrevistado(a) se opone a usar 7 <input type="checkbox"/></p> <p>Pareja se opone 8 <input type="checkbox"/></p> <p>Religión 9 <input type="checkbox"/></p> <p>Cliente lo solicita 10 <input type="checkbox"/></p> <p>Otros se oponen 11 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Relacionados con el método</p> <p>Problemas de salud 12 <input type="checkbox"/></p> <p>Temor a efectos secundarios 13 <input type="checkbox"/></p> <p>Uso inconveniente 14 <input type="checkbox"/></p> <p>Interfiere con procesos normales del cuerpo 15 <input type="checkbox"/></p>		<p>d. Relacionadas con el conocimiento</p> <p>No conoce métodos 16 <input type="checkbox"/></p> <p>No conoce fuente 17 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Razón de acceso/costo</p> <p>Falta de tiempo 18 <input type="checkbox"/></p> <p>Servicio queda lejos 19 <input type="checkbox"/></p> <p>Transporte muy costoso 20 <input type="checkbox"/></p> <p>Servicio médico muy costoso</p> <p>Servicio médico de mala calidad 21 <input type="checkbox"/></p> <p>Fue pero no le atendieron 22 <input type="checkbox"/></p> <p>No confía en los médicos 23 <input type="checkbox"/></p> <p>Muchos trámites 24 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabe dónde prestan el servicio 25 <input type="checkbox"/></p> <p>Horarios de consulta que no sirven 26 <input type="checkbox"/></p> <p>Demora en la asignación de citas 27 <input type="checkbox"/></p> <p>Demora en la atención en el sitio 28 <input type="checkbox"/></p> <p>No sabía que tenía derecho 29 <input type="checkbox"/></p> <p>Falta de dinero 30 <input type="checkbox"/></p> <p>NS/NR 99 <input type="checkbox"/></p>
1226.	La decisión de usar o no métodos anticonceptivos fue:	Mía	1 <input type="checkbox"/>	
1227.	¿Se ha realizado la prueba del VIH?	De mi pareja	2 <input type="checkbox"/>	
		Del/la cliente	3 <input type="checkbox"/>	
		Otro, ¿cuál?	4 <input type="checkbox"/>	
		Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> →1230	
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> →1230	
1228.	¿Cada cuánto se hace la prueba del VIH?	Cada mes	1 <input type="checkbox"/>	
		Cada 3 meses	2 <input type="checkbox"/>	
		Cada 6 meses	3 <input type="checkbox"/>	
		Cada año	4 <input type="checkbox"/>	
		Otro, ¿cuál?	5 <input type="checkbox"/>	
1229.	¿Conoce los resultados?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	
1230.	¿Se ha realizado la prueba del Virus de Papiloma Humano?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> →1233	
		NS/NR		
		<i>VPH: son las siglas para referirse al Virus de Papiloma Humano (o HPV en inglés). Es un tipo de virus que puede causar la formación de tejido anormal (por ejemplo, verrugas) y otros cambios en las células. La</i>		99 <input type="checkbox"/> →1233

	<i>infección durante largo tiempo por ciertos tipos del virus puede causar cáncer de cuello uterino.</i>		
1231.	¿Cada cuánto se hace la prueba del Virus de Papiloma Humano?	Cada mes	1 <input type="checkbox"/>
		Cada 3 meses	2 <input type="checkbox"/>
		Cada 6 meses	3 <input type="checkbox"/>
		Cada año	4 <input type="checkbox"/>
		Se la hizo una sola vez	5 <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál?	6 <input type="checkbox"/>
1232.	¿Conoce los resultados?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
Encuestador(a): Aplicar preguntas de la 1233 a la 1249 solo a mujeres cisgénero y hombres transgénero			
1233.	¿Ha estado en embarazo alguna vez?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1236
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1236
1234.	¿Cuánto hijos(as) nacidos(as) vivos(as) ha tenido?	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> No ha tenido hijos(as) nacidos(as) vivos(as) 1 <input type="checkbox"/> → 1236	
1235.	¿Cuál es la fecha de nacimiento de su último(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a)?	Día: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> año: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1236.	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminara en pérdida, interrupción del embarazo o aborto inducido?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1240
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1240
1237.	¿Recibió atención por parte de personal de salud cuando tuvo el último embarazo que terminó en pérdida, interrupción del embarazo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1239
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1239
1238.	¿En qué lugar le atendieron?	Hospital/centro o puesto de salud del gobierno	1 <input type="checkbox"/>
		Centro de atención de una EPS	2 <input type="checkbox"/>
		Consultorio médico particular	3 <input type="checkbox"/>
		Hospital/clínica privada (Orientame/Profamilia/Otro)	4 <input type="checkbox"/>
		Otro ¿cuál? _____	5 <input type="checkbox"/>
1239.	¿Qué técnica utilizó o recibió para el último embarazo que terminó en pérdida, interrupción del embarazo?	Medicamento supervisado por médico/a	1 <input type="checkbox"/>
		Medicamento autoadministrado sin supervisión	2 <input type="checkbox"/>
		Mezclas naturales o químicas (incluyendo hierbas u otros productos)	3 <input type="checkbox"/>
		Legrado	4 <input type="checkbox"/>
		Aspiración	5 <input type="checkbox"/>
		Introducción en el útero de objetos (alambre, aguja de tejer, entre otros)	6 <input type="checkbox"/>
		Aborto espontáneo	7 <input type="checkbox"/>
		Otra ¿cuál? _____	8 <input type="checkbox"/>
1240.	Actualmente ¿usted está en estado de embarazo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1245
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1245
1241.	¿Se ha hecho controles prenatales?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1244
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1245
1242.	¿En esos controles le han diagnosticado _____? Pase a 1244	a. Bajo peso	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 99 <input type="checkbox"/>
		b. Exceso de peso	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 99 <input type="checkbox"/>
		c. Anemia	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 99 <input type="checkbox"/>
		d. Otro	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 99 <input type="checkbox"/>

1243.	¿Por qué no ha realizado controles prenatales?	a. Falta de tiempo	<input type="checkbox"/>
		b. Servicio queda lejos	<input type="checkbox"/>
		c. Transporte muy costoso	<input type="checkbox"/>
		d. Servicio médico muy costoso	<input type="checkbox"/>
		e. Servicio médico de mala calidad	<input type="checkbox"/>
		f. Fue, pero no le atendieron	<input type="checkbox"/>
		g. No confía en el personal medico	<input type="checkbox"/>
		h. Muchos trámites	<input type="checkbox"/>
		i. No sabe dónde prestan el servicio	<input type="checkbox"/>
		j. No sabe cómo acceder al servicio	<input type="checkbox"/>
		k. Inseguridad	<input type="checkbox"/>
		l. Horarios de consulta no le sirven	<input type="checkbox"/>
		m. Demora en la asignación de citas	<input type="checkbox"/>
		n. Demora en la atención en el sitio	<input type="checkbox"/>
		o. No sabía que tenía derecho	<input type="checkbox"/>
		p. Esposo(a)/Compañero(a) no la/lo dejó	<input type="checkbox"/>
		q. Padre o madre no le dejaron	<input type="checkbox"/>
r. Otro, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>		
1244.	¿Durante su embarazo continuó ejerciendo la actividad?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1245.	¿A usted le han aplicado la vacuna para prevenir el cáncer de cuello uterino o virus del papiloma humano?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1246.	¿Con qué frecuencia se realiza usted el autoexamen de seno?	Cada mes	1 <input type="checkbox"/>
		Cada seis meses	2 <input type="checkbox"/>
		Cada año	3 <input type="checkbox"/>
		Se lo ha hecho una sola vez	4 <input type="checkbox"/>
		Nunca se lo ha realizado	5 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1247.	¿Se ha realizado alguna vez una mamografía?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> →1250
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> →1250
1248.	¿Por qué razón le hicieron la mamografía?	Porque tenía síntomas en los senos	1 <input type="checkbox"/>
		Por chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma	2 <input type="checkbox"/>
		Otra ¿Cuál? _____	3 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1249.	¿Con qué frecuencia se realiza la mamografía?	Una vez al año	1 <input type="checkbox"/>
		Cada dos años	2 <input type="checkbox"/>
		Esporádicamente	3 <input type="checkbox"/>
		Se la hizo una sola vez	4 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1250.	En el último año, ¿se ha realizado la citología vaginal, uretral o anal?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> →1252
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> →1256
1251.	¿Reclamó los resultados? <i>Encuestador(a): Pase a pregunta 1253</i>	Sí	1 <input type="checkbox"/> →1256
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> →1256
1252.	¿Cuál es la razón por la cual no se ha realizado la citología vaginal, uretral o anal o no reclamó los resultados?	a. Falta de tiempo	<input type="checkbox"/>
		b. Servicio queda lejos	<input type="checkbox"/>
		c. Transporte muy costoso	<input type="checkbox"/>

	Encuestador(a): Para cualquier opción de respuesta pase a pregunta 1256)	d. Servicio médico muy costoso	<input type="checkbox"/>
		e. Servicio médico de mala calidad	<input type="checkbox"/>
		f. Fue, pero no le atendieron	<input type="checkbox"/>
		g. No confía en el personal médico	<input type="checkbox"/>
		h. Muchos trámites	<input type="checkbox"/>
		i. No sabe dónde prestan el servicio	<input type="checkbox"/>
		j. No sabe cómo acceder al servicio	<input type="checkbox"/>
		k. Horarios de consulta no le sirven	<input type="checkbox"/>
		l. Demora en la asignación de citas	<input type="checkbox"/>
		m. Demora en la atención en el sitio	<input type="checkbox"/>
		n. No sabía que tenía derecho	<input type="checkbox"/>
		o. EPS no la ha autorizado	<input type="checkbox"/>
		p. No sabía que era importante	<input type="checkbox"/>
		q. Cree que puede esperar	<input type="checkbox"/>
		r. Miedo/temor	<input type="checkbox"/>
		s. Pereza/Descuido	<input type="checkbox"/>
		t. El/La médico(a) no se la ha ordenado	<input type="checkbox"/>
		u. A su edad cree que no es necesario	<input type="checkbox"/>
		v. No se siente enfermo(a)	<input type="checkbox"/>
		w. No me lo permiten	<input type="checkbox"/>
		x. Otra ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>
1253.	Encuestador(a): Esta pregunta aplica solo para hombres cisgénero y mujeres transgénero ¿Se ha realizado alguna vez el examen de próstata?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1256
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1256
1254.	Encuestador(a): Esta pregunta aplica solo para hombres cisgénero y mujeres transgénero ¿Por qué razón le hicieron el examen?	Dolor al orinar	1 <input type="checkbox"/>
		Sangre al orinar	2 <input type="checkbox"/>
		Por chequeo a pesar de que no tenía ningún síntoma	3 <input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál? _____	4 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1255.	Principalmente, ¿dónde buscó tratamiento o ayuda?	Hospital/Clinica/institución/puesto de salud	1 <input type="checkbox"/>
		Consultoría médico particular	2 <input type="checkbox"/>
		Organizaciones especializadas en derechos y servicios de salud sexual y reproductiva (Profamilia, Oriéntame, otras)	3 <input type="checkbox"/>
		Droguería/farmacia/botica	4 <input type="checkbox"/>
		Curandero(a)/Hierbatero(a)	5 <input type="checkbox"/>
		No buscó tratamiento	6 <input type="checkbox"/>
		Otro ¿Cuál? _____	7 <input type="checkbox"/>
NS/NR	99 <input type="checkbox"/>		
1256.	¿Ha recurrido a alguna cirugía estética o intervención quirúrgica para cambiar de apariencia física (Implantes, inyección de silicona u otras sustancias)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1260
1257.	La decisión de esa cirugía o intervención fue:	Mía	1 <input type="checkbox"/>
		De mi pareja	2 <input type="checkbox"/>
		De mi jefe (dueño(a) o administrador(a))	3 <input type="checkbox"/>
		Otra persona, ¿quién? _____	4 <input type="checkbox"/>
1258.	¿A qué lugar acudió para realizar el procedimiento?	Centro especializado	1 <input type="checkbox"/>
		Centro no especializado	2 <input type="checkbox"/>
		Salón de belleza	3 <input type="checkbox"/>
		A domicilio	4 <input type="checkbox"/>

	Encuestador(a): Si la persona informante menciona varios procedimientos pregunte por el último realizado	Otra, ¿Cuál? _____ NS/NR	5 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/>
1259.	¿Le han realizado controles médicos después del procedimiento?	Sí No NS/NR	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/>
1260.	¿Ha recurrido a algún tratamiento estético o procedimiento no quirúrgico para mejorar su apariencia física? (masajes reductores, infiltraciones, peeling, fajado de pecho, etc.)	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1264
1261.	La decisión de ese tratamiento o procedimiento estético fue:	Mía De mi pareja De mi jefe (dueño(a) o administrador(a)) Otra persona, ¿quién? _____	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
1262.	¿A qué lugar acudió para realizar el procedimiento? Encuestador(a): Si la persona informante menciona varios procedimientos pregunte por el último realizado	Centro especializado Centro no especializado Salón de belleza A domicilio Otra, cual NS/NR	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/>
1263.	¿Le han realizado controles médicos después del procedimiento?	Sí No NS/NR	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/>
1264.	¿Se ha realizado tratamientos hormonales para modificar su apariencia física?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1267
1265.	¿A qué lugar acudió para realizar el procedimiento? Encuestador(a): Si la persona informante menciona varios tratamientos pregunte por el último realizado	Centro especializado Centro no especializado Salón de belleza A domicilio Otra, cual NS/NR	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/>
1266.	¿Le han realizado controles médicos después del procedimiento?	Sí No NS/NR	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/>
1267.	Encuestador(a): Revise las preguntas 1256, 1260 o 1264. Si todas las respuestas son 2 (No) pase a capítulo XIII. Si en alguna de las preguntas respondió 1 (Sí) continúe En alguno de los procedimientos realizados ¿tuvo complicaciones?	Sí No NS/NR	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> → 1269 99 <input type="checkbox"/> → 1269
1268.	¿A quién acudió?	Asistió al servicio de salud Asistió al centro donde le practicaron el procedimiento Asistió al médico tradicional (chamán, curandero(a), etc.) Utilizó remedios caseros Automedicación No hizo nada Otro, ¿cuál?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/>
1269.	¿Estas modificaciones estuvieron relacionadas con la construcción de su identidad de género?	Sí No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

SECCIÓN XIII. VIOLENCIAS				
1301.	En los últimos dos años ¿ha vivido alguna de las siguientes situaciones durante el ejercicio de la actividad?	a. Violencia sexual por parte de los (as) clientes	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		b. Violencia sexual por parte de otras personas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		c. Abuso policial	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		d. Trata de personas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		e. Violencia física por parte de los(as) clientes	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		f. Violencia física por parte de otras personas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		g. Violencia verbal o psicológica por parte de clientes y de otras personas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		h. Retención de sus papeles de identificación	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		i. Retención en contra de su voluntad dentro del establecimiento	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		j. Retención de su dinero por parte del(la) dueño(a) del establecimiento	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
1302.	Mientras realiza la actividad sexual pagada usted siente mayor seguridad si:	Porta algún elemento de defensa	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		Paga servicio de seguridad	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		Tiene conocimiento de defensa personal	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		Le informa a una(un) amiga(o) dónde está	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		Solo ejerce en establecimiento o a través de intermediarios	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		No se siente insegura(o)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
1303.	¿Usted se siente discriminada(o) por la actividad que realiza? ¿Ha recibido expresiones humillantes o discriminatorias en el ejercicio de las Actividades Sexuales Pagadas?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1305	
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1305	
1304.	¿Por quiénes ha recibido expresiones humillantes?	a. Su familia	<input type="checkbox"/>	
		b. Las personas que habitan la zona donde ejerce	<input type="checkbox"/>	
		c. Las personas que transitan por el sector donde ejerce	<input type="checkbox"/>	
		d. Funcionarios(as) públicos(as)	<input type="checkbox"/>	
		e. Los(as) comerciantes del sector	<input type="checkbox"/>	
		f. Funcionarios(as) de la rama judicial	<input type="checkbox"/>	
		g. Policía	<input type="checkbox"/>	
		h. Personal médico o personal de salud	<input type="checkbox"/>	
		i. Compañeras y/o compañeros	<input type="checkbox"/>	
		j. Las personas que conocen a qué se dedica	<input type="checkbox"/>	
		k. Clientes	<input type="checkbox"/>	
l. Otro, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>			
1305.	¿Ha padecido exposiciones públicas de hechos que pertenecen a su intimidad mientras ejerce Actividades Sexuales Pagadas?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1307	
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1307	

1306.	¿Por quiénes ha padecido esas exposiciones?	a. Su familia	<input type="checkbox"/>
		b. Las personas que habitan la zona donde ejerce	<input type="checkbox"/>
		c. Las personas que transitan por el sector donde ejerce	<input type="checkbox"/>
		d. Funcionarios(as) públicos(as)	<input type="checkbox"/>
		e. Los(as) comerciantes del sector	<input type="checkbox"/>
		f. Funcionarios(as) de la rama judicial	<input type="checkbox"/>
		g. Policía	<input type="checkbox"/>
		h. Personal médico o personal de salud	<input type="checkbox"/>
		i. Compañeras y/o compañeros	<input type="checkbox"/>
		j. Las personas que conocen a qué se dedica	<input type="checkbox"/>
		k. Clientes	<input type="checkbox"/>
l. Otro, ¿cuál?	<input type="checkbox"/>		
1307.	¿Ha recibido amenazas en el ejercicio de las Actividades Sexuales Pagadas?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1309
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1309
1308.	¿Por quiénes ha recibido amenaza?	a. Su familia	<input type="checkbox"/>
		b. Las personas que habitan la zona donde ejerce	<input type="checkbox"/>
		c. Las personas que transitan por el sector donde ejerce	<input type="checkbox"/>
		d. Funcionarios(as) públicos(as)	<input type="checkbox"/>
		e. Los(as) comerciantes del sector	<input type="checkbox"/>
		f. Funcionarios(as) de la rama judicial	<input type="checkbox"/>
		g. Policía	<input type="checkbox"/>
		h. Personal médico o personal de salud	<input type="checkbox"/>
		i. Compañeras y/o compañeros	<input type="checkbox"/>
		j. Las personas que conocen a qué se dedica	<input type="checkbox"/>
		k. Clientes	<input type="checkbox"/>
l. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>		
1309.	¿Alguna vez le han forzado a tener actos o relaciones sexuales en el ejercicio de las ASP?	Sí, ¿cuántas veces? [__] [__]	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1314
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1314
1310.	¿Quién la(lo) forzó? <i>Encuestador(a): Espere respuesta</i>	a. Compañero	<input type="checkbox"/>
		b. Compañera	<input type="checkbox"/>
		c. Fuerza pública	<input type="checkbox"/>
		d. Personas del servicio de salud	<input type="checkbox"/>
		e. Funcionarios(as) públicos(as)	<input type="checkbox"/>
		f. Funcionarios(as) de la rama judicial	<input type="checkbox"/>
		g. Empleador	<input type="checkbox"/>
		h. Empleadora	<input type="checkbox"/>
		i. Clientes	<input type="checkbox"/>
		j. Desconocido	<input type="checkbox"/>
		k. Desconocida	<input type="checkbox"/>
		l. Otro(a) ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1311.	¿Denunció este o algún hecho similar ante las autoridades?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1314
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/> → 1314

1312.	¿Cuál fue el resultado de esta denuncia? <i>Encuestador(a): Espere respuesta</i>	Capturaron al/a la agresor(a)	1 <input type="checkbox"/>
		El/la agresor(a) no recibió sanción	4 <input type="checkbox"/>
		Condenaron al/a la agresor(a)	8 <input type="checkbox"/>
		Usted recibió medidas de protección	9 <input type="checkbox"/>
		Abandonó el proceso de denuncia	10 <input type="checkbox"/>
		No pasó nada	11 <input type="checkbox"/>
		Otro, ¿cuál? _____	12 <input type="checkbox"/>
1313.	¿Por qué no presentó la denuncia? <i>Encuestador(a): Espere respuesta</i>	a. No sabe a dónde ir	<input type="checkbox"/>
		b. Vergüenza o humillación	<input type="checkbox"/>
		c. Es parte de la vida normal	<input type="checkbox"/>
		d. Siente que merece el abuso	<input type="checkbox"/>
		e. Siente que los daños no fueron fuertes	<input type="checkbox"/>
		f. No quiere hacer daño a la persona que la agredió	<input type="checkbox"/>
		g. Cree que puede resolverlo sola(o)	<input type="checkbox"/>
		h. No cree en la justicia o en las instituciones	<input type="checkbox"/>
		i. Ha tenido experiencias negativas al denunciar	<input type="checkbox"/>
		j. Piensa que no va a volver a ocurrir	<input type="checkbox"/>
		k. Era un miembro de la fuerza pública o fuerzas armadas	<input type="checkbox"/>
		l. La vigila o no puede salir sola	<input type="checkbox"/>
		m. No le atendieron, estaba cerrado, le dijeron que volviera después, le remitieron a otro sitio	<input type="checkbox"/>
n. Le da miedo desplazarse hasta los espacios donde realizan estas denuncias	<input type="checkbox"/>		
o. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>		
1314.	En el ejercicio de la Actividades Sexuales Pagadas, ¿ha sufrido violencia por parte de la fuerza pública (ejército, policía, ESMAD)?	Sí	<input type="checkbox"/>
		No	<input type="checkbox"/> →1401
		NS/NR	<input type="checkbox"/> →1401
1315.	¿Qué tipo de violencia?	a. Violencia física	<input type="checkbox"/>
		b. Violencia verbal	<input type="checkbox"/>
		c. Cobro de extorsiones o vacunas	<input type="checkbox"/>
		d. Violencia sexual	<input type="checkbox"/>
		e. Impedir el uso del espacio público	<input type="checkbox"/>
		f. Discriminación	<input type="checkbox"/>
		g. Violencia por su identidad u orientación sexual	<input type="checkbox"/>
		h. Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN XVI. EFECTO DE LA PANDEMIA			
1401.	¿Ha sufrido de COVID-19?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> →1404
1402.	¿Cómo gestionó la enfermedad?	a. Se aisló	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 1 <input type="checkbox"/>
		b. Se automedicó	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 1 <input type="checkbox"/>
		c. Recibió atención médica	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 1 <input type="checkbox"/>
1403.	¿Siguió realizando en Actividades Sexuales Pagadas?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1404.	¿Durante el confinamiento por el COVID-19, ¿exploró otra modalidad de Actividades Sexuales Pagadas?	Modelaje web cam	1 <input type="checkbox"/>
		Generación de contenido	2 <input type="checkbox"/>
		Pornografía	3 <input type="checkbox"/>

		Líneas eróticas	4 <input type="checkbox"/>
		Ninguna	5 <input type="checkbox"/>
		Otra, ¿cuál? _____	6 <input type="checkbox"/>
1405.	¿Durante el periodo de confinamiento por el COVID-19 tuvo dificultades para cubrir sus necesidades básicas (arriendo, alimentación, vestuario)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1406.	¿Durante el periodo de confinamiento por el COVID-19 recibió usted algún tipo de ayuda económica por parte del gobierno debido a las pérdidas de ingresos generadas por la pandemia COVID 19?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>
1407.	Durante el periodo de confinamiento por el COVID-19 considera que	No hubo abuso policial	1 <input type="checkbox"/>
		El abuso policial se mantuvo igual que en otros periodos	2 <input type="checkbox"/>
		El abuso policial se incrementó frente a antes de la pandemia	3 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	99 <input type="checkbox"/>

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.