



ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES 2008

CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA INGRESO DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE



CUESTIONARIO CONFIDENCIAL

AMPARADO POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 604
Y DECRETO SUPREMO 043 -2001 - PCM: SECRETO ESTADÍSTICO

ENAH0.04

CONGLOMERADO N°	N° DE SELECCIÓN DE LA VIVIENDA	TIPO DE SELECCIÓN

Actividad Principal 1

Actividad Secundaria 2

CUESTIONARIO N°	Cuestionari o Adicional
	1

UBICACIÓN GEOGRÁFICA

1. DEPARTAMENTO	
2. PROVINCIA	
3. DISTRITO	
4. CENTRO POBLADO	

UBICACIÓN MUESTRAL

5. ZONA N°		10. TOTAL DE HOGARES QUE OCUPAN LA VIVIENDA	
6. MANZANA N°			
7. AER N°		11. HOGAR N°	
8. VIVIENDA N°			

Persona N°		Nombre:		INFORMANTE N°	
------------	--	---------	--	---------------	--

10. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO

1A. ¿EL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO QUE UD. DIRIGE SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO:

Persona natural?
(con RUC, RUS, REIR)..... 1

Persona jurídica?
(EIRL, SAA, SAC, otras personerías
jurídicas) 2

NO ESTÁ REGISTRADO?..... 3

(*) Capte los ingresos en el capítulo 500.

Concluya la
entrevista
(*)

1B. ¿UD. LLEVA LAS CUENTAS DE SU NEGOCIO O ACTIVIDAD:

Por medio de libros o sistema de contabilidad
completa? 1

Por medio de libros de ingreso y gastos exigidos
por la SUNAT? 2

Por medio de apuntes, registros o anotaciones
personales? 3

NO LLEVA CUENTAS 4

2. UD. DESEMPEÑÓ SU NEGOCIO O ACTIVIDAD:

¿Como ambulante? 1

¿En el domicilio de los clientes? 2

¿En vehículo para transporte de
personas o mercaderías? 3

¿En puesto improvisado en la vía
pública? 4

¿En puesto improvisado en mercado
Público? 5

¿En puesto fijo en la vía pública? 6

¿En local fijo en mercado público (tienda,
estand)? 7

¿En taller, tienda, restaurante, hotel,
oficina, consultorio, etc.? 8

¿En su taller comercial dentro de su
vivienda y en una habitación de uso
exclusivo? 9

¿Dentro de las habitaciones de su
vivienda? 10

¿Otro? 11

(Especifique)

PASE
A 5A

3. ¿UD. REALIZA SU NEGOCIO O ACTIVIDAD EN UN LOCAL:

Propio? (propietario) 1

Alquilado? 2

Prestado? 3

Otro? 4

(Especifique)

4A. ¿SU LOCAL O ESTABLECIMIENTO CUENTA CON:

	Sí	No	ES DE USO:		
			¿EXCLU- SIVO?	¿COMPARTIDO?	
				Hogar	Otro Establecimiento
1. Agua potable?..	1	2	1	2	3
2. Desagüe?.....	1	2	1	2	3
3. Electricidad?	1	2	1	2	3
4. Teléfono?.....	1	2	1	2	3
5. Internet?.....	1	2	1	2	3

5A. ¿CUÁL ES EL MOTIVO POR EL CUAL INICIÓ ESTE NEGOCIO O ACTIVIDAD?

(Acepte sólo una alternativa)

No encontró trabajo asalariado..... 1

Obtiene ingresos / mayores ingresos 2

Quiere ser independiente 3

Por tradición familiar 4

Por necesidad económica 5

Otro 6

(Especifique)

6. ¿CUÁNTO TIEMPO TRABAJA UD. EN SU NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO?

Años	
Meses	

8A. ¿CUÁNTAS PERSONAS (INCLUYÉNDOLO A UD.) TRABAJAN EN ESTE NEGOCIO?

Total	
Trabajadores Remunerados	
Dueño del negocio (+) Trabajadores No Remunerados	

9A. DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES, DE
A, ¿CUÁNTOS MESES FUNCIONÓ SU
NEGOCIO?

Meses

Recién inició su negocio..... 1

13. LA SEMANA PASADA, ¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDAD
REALIZÓ EN SU NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO?
(Acepte una o dos alternativas)

Producción / extracción (pesca,
minas, etc.) de algún bien 1 →

PASE A 14A

Compra y venta de mercaderías . 2 →

PASE A 17A

Prestación de servicios..... 3 →

PASE A 20A

20. PRODUCCIÓN / EXTRACCIÓN

A. VENTAS

14A. EN EL MES ANTERIOR, DE LO QUE UD. PRODUCE / EXTRAE, ¿A CUÁNTO ASCENDIERON SUS VENTAS TOTALES?

VENTA TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

Indique sus ventas por productos principales:

Nombre del Producto		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4	Otros Productos								
VENTA TOTAL MENSUAL									

B. AUTOCONSUMO

15A. EN EL MES ANTERIOR, DE LO QUE UD. PRODUCE / EXTRAE, ¿CONSUMIERON EN EL HOGAR?

SI..... 1 →

NO..... 2 →

PASE A 16A

Indique el valor en soles (S/.) de los bienes que consumieron en el hogar

AUTOCONSUMO TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

C. GASTO EN MATERIA PRIMA E INSUMOS

16A. EN EL MES ANTERIOR, PARA LOS BIENES PRODUCIDOS QUE UD. VENDIÓ Y DESTINÓ AL CONSUMO DE SU HOGAR, ¿CUÁNTO FUE EL GASTO REALIZADO EN MATERIA PRIMA E INSUMOS?

GASTO TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

Indique sus gastos por insumos principales:

Nombre del Insumo (Materia Prima)		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4									
5	Otros Insumos								
GASTO TOTAL MENSUAL									

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta N° 13:

* Si sólo tiene registrado el código 1 →
* Si tiene más de un código circulado, continúe con
pregunta 17A ó 20A según corresponda.

PASE A 23A

30. COMERCIO

A. VENTAS

17A. EN EL MES ANTERIOR, DE LA ACTIVIDAD COMERCIAL QUE UD. REALIZA, ¿A CUÁNTO ASCENDIERON SUS VENTAS TOTALES?

VENTA TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

Indique sus ventas por productos principales:

Nombre del Producto		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4									
5	Otros Productos								
VENTA TOTAL MENSUAL									

B. AUTOSUMINISTRO

18A. EN EL MES ANTERIOR, DE LOS PRODUCTOS QUE UD. VENDE, ¿CONSUMIERON EN EL HOGAR?

SI..... 1 

NO..... 2 

PASE A 19A

Indique el valor en soles (S/.) de los productos que consumieron en el hogar.

AUTOSUMINISTRO TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

C. COMPRA DE MERCADERÍAS

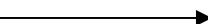
19A. PARA LOS PRODUCTOS COMERCIALES QUE UD. VENDIÓ Y DESTINÓ AL CONSUMO DE SU HOGAR, ¿CUÁNTO FUE EL GASTO TOTAL EN LA COMPRA DE ARTÍCULOS O MERCADERÍAS?

GASTO TOTAL MENSUAL	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.

Indique sus gastos por productos principales:

Nombre del Producto		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4									
5	Otros Productos								
GASTO TOTAL MENSUAL									

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta N° 13:

- * Si sólo tiene registrado el código 2 
- * Si tiene más de un código circulado, continúe con pregunta 14A ó 20A según corresponda.

PASE A 23A

40. SERVICIOS

A. INGRESOS TOTALES

20A. EN EL MES ANTERIOR, DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ¿A CUÁNTO ASCENDIERON SUS INGRESOS TOTALES?



	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
INGRESO TOTAL MENSUAL								

Indique sus ingresos por servicios (productos) principales:

Nombre de Servicio Prestado		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4	Otros Servicios								
INGRESO TOTAL MENSUAL									

B. AUTOSUMINISTRO

21A. EN EL MES ANTERIOR, DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ¿HICIERON USO DE ESTOS SERVICIOS EN EL HOGAR?

SI..... 1  NO..... 2  PASE A 22A

Indique el valor en soles (S/.) de los servicios autosuministrados por el hogar.

	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
AUTOSUMINISTRO TOTAL MENSUAL								

C. GASTOS


22A. DE LOS SERVICIOS PRESTADOS, ¿CUÁNTO FUE SU GASTO TOTAL?

	VALOR (nuevos soles y en enteros)							
	1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
GASTO TOTAL MENSUAL								

Indique sus gastos por insumos principales:

Nombre del Insumo		VALOR (nuevos soles y en enteros)							
		1	Diario S/.	2	Semanal S/.	3	Quincenal S/.	4	Mensual S/.
1									
2									
3									
4	Otros Insumos								
GASTO TOTAL MENSUAL									

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta N° 13:

- * Si sólo tiene registrado el código 3  PASE A 23A
- * Si tiene más de un código circulado, continúe con pregunta 14A ó 17A según corresponda.

50. OTROS GASTOS

23A. OTROS GASTOS EN EL MES ANTERIOR:

Descripción	Frecuencia	Monto S/.	Monto Mensual S/. (Enteros)
A) Envases y embalajes			
B) Combustible (kerosene, gasolina, gas, carbón)			
C) Electricidad			
D) Agua			
E) Teléfono			
F) Internet			
G Gastos en alquiler del local			
H) Mantenimiento			
I) Reparaciones			
J) Alquiler de maquinaria			
K) Alquiler de almacén			
L) Transporte (pasajes y fletes)			
M) Servicios profesionales			
N) Gastos financieros, mantenimiento de cuenta (amortización, interés y moras)			
O) Otros gastos (guardianía, limpieza, publicidad, capacitación de trabajadores, aportes a la seguridad social, etc.) _____ (Especifique)			
SUB TOTAL GASTO MENSUAL			

P) Impuestos (licencia municipal, Sisa y otros, etc., excluya IGV e ISC)			
TOTAL GASTO MENSUAL			

Frecuencia:

Mensual 1 Trimestral 3 Anual 5
 Bimestral 2 Semestral 4

ENCUESTADOR: Verifique la pregunta 8A, si el total es > 1 continúe con la pregunta 24A. De lo contrario, pase a la pregunta 25.

24A. CARACTERÍSTICAS DE LA MANO DE OBRA Y EL EMPLEO (Exceptúe al informante seleccionado)

A. Nº	B. Sexo		C. Edad en Años Cum- plidos	D. Nivel educativo	E. ¿Cuánto tiempo trabaja en este negocio?		F. Horas trabajadas en la semana pasada	G. Remuneración bruta mensual (horas extras, bonificaciones, etc.)	H. ¿Cuenta con seguro de salud en este trabajo?		I. ¿Es familiar del empleador?	
	Hombre	Mujer		Código	Años	Meses	(Enteros)	(Enteros) S/.	Si	No	Si	No
1	1	2							1	2	1	2
2	1	2							1	2	1	2
3	1	2							1	2	1	2
4	1	2							1	2	1	2
5	1	2							1	2	1	2
6	1	2							1	2	1	2
7	1	2							1	2	1	2
8	1	2							1	2	1	2
9	1	2							1	2	1	2
10	1	2							1	2	1	2

NIVEL EDUCATIVO:

Sin nivel 1 Secundaria 4
 Educación inicial 2 Sup. no universitaria 5
 Primaria 3 Sup. universitaria 6

Costo Total Mensual en Mano de Obra S/.

25. HOJA DE CONTROL:

Encuestador: Anote los montos según corresponda para verificar que el resultado de:

Total A (+) Total B (-) Total C (-) Gasto en M.O. (-) Gasto en Cap.50 = **POSITIVO**

BALANCE				
	PRODUCCIÓN S/.	COMERCIO S/.	SERVICIO S/.	TOTAL S/.
TOTAL A (+)				(+)
TOTAL B (+)				(+)
TOTAL C (-)				(-)
Sub Total				
Gastos en Mano de Obra (M.O.) (-)				
Total Gasto Mensual Cap. 50 (-)				
TOTAL GANANCIA NETA				S/.

60. MODULO: CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO DE LA ACTIVIDAD INDEPENDIENTE

26. ¿ACTUALMENTE UD. RECIBE O HA RECIBIDO CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO PARA DESARROLLAR SU TRABAJO EN ESTE NEGOCIO O ACTIVIDAD?

Sí..... 1

No..... 2 →

Pase
a 30

27. LA CAPACITACIÓN QUE RECIBIÓ UD. ES:

(Acepte Una O Más Alternativas)

¿Directamente relacionada a aumentar la producción, ventas o servicios que ofrece su negocio (empresa)?..... 1

¿Para mejorar las actividades auxiliares o complementarias de su negocio (empresa)?..... 2

Otro tipo de capacitación?..... 3

(Especifique)

28. ¿QUÉ ENTIDAD O INSTITUCIÓN LE PROPORCIONÓ DICHA CAPACITACIÓN: (referida al curso más reciente)

28a. Duración de capacitación

Nro de Semanas	Nro de Horas

Empresa o institución donde trabajó anteriormente?..... 1

Centro de capacitación público?..... 2

Centro de capacitación privado?..... 3

Otro?..... 4

(Especifique)

29. ¿DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES REALIZO UD. ALGÚN GASTO POR LA CAPACITACIÓN RECIBIDA

Sí..... 1 →

S/.

No..... 2

¿Cuánto Gasto?

30. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿CUÁNTOS DE SUS TRABAJADORES RECIBIERON ALGUNA CAPACITACIÓN PARA EL TRABAJO, QUE FUE GESTIONADA O PAGADA POR ESTE NEGOCIO O EMPRESA?

De 1 a 20 trabajadores..... 1

De 21 a 40 trabajadores..... 2

De 41 a 80 trabajadores..... 3

De 81 a más trabajadores..... 4

Nº de Trabajadores

Ningún trabajador fue capacitado

por la empresa..... 5 →

Concluya
el Módulo

31. LA CAPACITACIÓN QUE RECIBIERON SUS TRABAJADORES ES:

(Acepte Una O Más Alternativas)

¿Directamente relacionada a aumentar la producción, ventas o servicios que ofrece su negocio (empresa)?..... 1

¿Para mejorar las actividades auxiliares o complementarias de su negocio (empresa)?..... 2

Otro tipo de capacitación?..... 3

(Especifique)

32. ¿QUÉ ENTIDAD O INSTITUCIÓN PROPORCIONÓ DICHA CAPACITACIÓN A SUS TRABAJADORES: (referida al curso más reciente)

32a. Duración de la capacitación

Nro de Semanas	Nro de Horas

Su empresa o negocio?..... 1

Centro de capacitación público?..... 2

Centro de capacitación privado?..... 3

Otro?..... 4

(Especifique)

OBSERVACIONES

Actividad Principal 1
Actividad Secundaria 2

CUESTIONARIO Nº	Cuestionario Adicional
	1

Persona Nº		Nombre:		INFORMANTE Nº	
------------	--	---------	--	---------------	--

10. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO

1A. ¿EL NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO QUE UD. DIRIGE SE ENCUENTRA REGISTRADO COMO:

Persona natura?
(con RUC, RUS, REIR)..... 1

Persona jurídica?
(EIRL, SAA, SAC, otras personerías
jurídicas) 2 →

NO ESTÁ REGISTRADO?..... 3

(*) Capte los ingresos en el capítulo 500.

Concluya con
la entrevista
(*)

1B. ¿UD. LLEVA LAS CUENTAS DE SU NEGOCIO O ACTIVIDAD:

Por medio de libros o sistema de contabilidad
completa? 1

Por medio de libros de ingreso y gastos exigidos
por la SUNAT? 2

Por medio de apuntes, registros o anotaciones
personales? 3

NO LLEVA CUENTAS 4

2. UD. DESEMPEÑÓ SU NEGOCIO O ACTIVIDAD:

¿Como ambulante? 1

¿En el domicilio de los clientes? 2

¿En vehículo para transporte de
personas o mercaderías? 3

¿En puesto improvisado en la vía
pública? 4

¿En puesto improvisado en mercado
Público? 5

¿En puesto fijo en la vía pública? 6

¿En local fijo en mercado público (tienda,
estand)? 7

¿En taller, tienda, restaurante, hotel,
oficina, consultorio, etc.? 8

¿En su taller comercial dentro de su
vivienda y en una habitación de uso
exclusivo? 9

¿Dentro de las habitaciones de su
vivienda? 10

¿Otro? 11

(Especifique)

PASE
A 5A

3. ¿UD. REALIZA SU NEGOCIO O ACTIVIDAD EN UN LOCAL:

Propio? (propietario)..... 1

Alquilado?..... 2

Prestado? 3

Otro? 4
(Especifique)

4A. ¿SU LOCAL O ESTABLECIMIENTO CUENTA CON:

	Sí	No	ES DE USO:		
			¿EXCLU- SIVO?	¿COMPARTIDO?	
				Hogar	Otro Establecimiento
1. Agua potable?..	1	2	1	2	3
2. Desagüe?.....	1	2	1	2	3
3. Electricidad?	1	2	1	2	3
4. Teléfono?.....	1	2	1	2	3
5. Internet?.....	1	2	1	2	3

5A. ¿CUÁL ES EL MOTIVO POR EL CUAL INICIÓ ESTE NEGOCIO O ACTIVIDAD?

(Acepte sólo una alternativa)

No encontró trabajo asalariado..... 1

Obtiene ingresos / mayores ingresos 2

Quiere ser independiente 3

Por tradición familiar..... 4

Por necesidad económica 5

Otro 6
(Especifique)

6. ¿CUÁNTO TIEMPO TRABAJA UD. EN SU NEGOCIO O ESTABLECIMIENTO?

Años	
Meses	

8A. ¿CUÁNTAS PERSONAS (INCLUYÉNDOLO A UD.) TRABAJAN EN ESTE NEGOCIO?

Total	
Trabajadores Remunerados	
Dueño del negocio (+) Trabajadores No Remunerados	