

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**andre.mont5294@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

andre.mont5294@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

ALVARO CASALLAS

Indique su edad *

52

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

LA VINCULACIÓN A UN TRABAJO FORMAL O UNA FORMA DE PENSION, SALI CUANDO JOVEN DE MIPUEBLO ME DEDIQUE A LA VENTA INFORMAL Y AHORA YA NO PUEDO TRABAJAR IGUAL Y NO TENGO RECURSOS

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUIERO SABER QUE HAY, DONDE TENGO INFORMACIÓN, UNO SE ACERCA A UN LADO Y LO ENVIAN DE UN LADO A OTRO

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**jesuseduardorodriguezreyes28@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

jesuseduardorodriguezreyes28@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

JESUS RODRIGUEZ

Indique su edad *

32

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro: BRAZO IZQUIERDO

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal (empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

EDUCACION, PROYECTO ECONOMICO, CAMBIAR MI VIDA, ES DURO ESTAR ACA SOLO Y SENTIR NO PODER REGRESAR

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

DARNOS PRIORIDAD A LA GENTE DESPLAZADA, NOSOTROS SUFRIMOS MUCHOS, DARNOS MAS ATENCION, NOSOTROS SUFRIMOS MUCHO, APOYO ESCUCHA, A UNO LE FALTA AMOR A LAS VICTIMAS. NECESITO UN APOYO PARA FORMAR EMPRESA, PARA TENER DINERO Y NO SENTIR EL RECHAZO, Y PODER VOLVER A MI VIDA Y RECUPERAR LO QUE PERDI

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**elenarodriguez3434@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

elenarodriguez3434@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

BLANCA RODRIGUEZ

Indique su edad *

75

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

A MI ME GUSTARIA QUE ME DEN UNA PENSION, PARA TENER UN INGRESO,

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE NOS DEN INFORMACIÒN ES DIFICIL ES PREGUNTAR, LO PONENE A UNO A VOLTEAR Y LO HACEN IR A LUGARES, PERO SIEMPRE NOS DICEN QUE NO HAY NADA

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**menchisnet.72@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

menchisnet.72@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Clemencia garcia

Indique su edad *

53

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

empleo para mis hijos, mi hijo es profesional y no logra vincularse

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

que nos informen de los beneficios que tenemos, no sabemos como acceder o donde

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**montoyaleonisa92@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

montoyaleonisa92@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

leonisa montoya

Indique su edad *

67

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

No puedo trabajar, necesito ayuda para sobrevivir, casi siempre estoy hospitalizada

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que mieren que no puedo trabajar y no puedo ni pagar arriendo ni comida y estoy sola

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**mujeryterritorio@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

mujeryterritorio@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si

Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Mariela Chaparro Guerrero

Indique su edad *

57

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Me definan la indemnización y me la entreguen.

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que releve las organizaciones de víctimas y tenga en cuenta a personas diferentes, para beneficios.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**NENA_PICO1968@YAHOO.ES**) al enviar este formulario.

Correo *

NENA_PICO1968@YAHOO.ES

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

CLAUDIA PICO

Indique su edad *

57

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

UNA ESTABILIDAD ECONOMICA UNA CASETA

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE NO LE NIEGUEN EL SERVICIO Y PUEDA UNO INSCRIBIRSE Y PUEDE VINCULARME

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**consejeroconsultivovictimas@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

consejeroconsultivovictimas@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Jehuar Robinson Murillo Cruz

Indique su edad *

50

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Modelo de Ciudad inclusiva

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que sean las víctimas contratadas directamente y no contratistas que no conocen las leyes ni la justicia transicional ni psicosocial

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**MKNAMADOR@HOTMAIL.COM**) al enviar este formulario.

Correo *

MKNAMADOR@HOTMAIL.COM

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si

Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

MARY NELA AMADOR

Indique su edad *

46

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

VIVIENDA PROPIA

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE LOS PROCESOS SEAN MAS RAPIDOS

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (TEOCRUZ52@GMAIL.COM) al enviar este formulario.

Correo *

TEOCRUZ52@GMAIL.COM

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

TEOFILDE CRUZ

Indique su edad *

68

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

COMO ADULTOS MAYORES CONSIDERO QUE APOYOS PARA SOLVENTAR NUETRA ALIMENTACION

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE PUDIERAN VERIFICAR QUIENES SOMOS EN REALIDAD VICTIMAS, Y NOS DEN INFORMACION

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**evelincastelblanco89@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

evelincastelblanco89@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Ryky

Indique su edad *

68

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Que me reconozcan como víctima

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que reconozcan las víctimas

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**esmeraldy12@hotmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

esmeraldy12@hotmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Esperanza

Indique su edad *

56

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Bajar el puntaje del Sisben y empleo permanente

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Generar empleo , que hayan más empresas o industrias, para que las víctimas podamos trabajar

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**liliana2960@hotmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

liliana2960@hotmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Liliana

Indique su edad *

46

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Ingresos economicos

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que hagan parte de todas sus iniciativas a las personas víctimas del conflicto armado puesto que damos nosotros los que sabemos que necesidades tenemos

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**hercimene@hotmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

hercimene@hotmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Herci

Indique su edad *

59

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Empleo fijo para lograr la vivienda.

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Una mejor oportunidad para tener la vivienda, y el gobierno nos de la indemnización yo llevó 38 años de mi desplamieto

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**milena.meneses238@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

milena.meneses238@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Sandra Milena Meneses olago

Indique su edad *

45

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Estudio y empleo

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que nos ayuden con el estudio y empleo

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**hojasuelta0@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

hojasuelta0@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Alfonso Castillo

Indique su edad *

61

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Generacion de ingresos

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Tener REAL compromiso de escucha

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**euraduva@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

euraduva@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Ramón Duarte Vanegas

Indique su edad *

61

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que el presupuesto de las víctimas que utiliza la alcaldía sea gastado en soluciones duraderas

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**yanedissanchez7479@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

yanedissanchez7479@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Yanedys Sánchez Mendoza

Indique su edad *

35

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Sostenibilidad para educación superior para mi tengo 35 años, ya que me he tratado de inscribir a algunos estudios y el proceso no continúa por no tener menor rango de edad

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Más divulgación de ayudas y programas educativos y laborales

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**organizacionmujeresartistascre@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

organizacionmujeresartistascre@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

⌵ Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Edilma Rincón Jaimes

Indique su edad *

51

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Trabajo proyectos productivos

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Atención y cumplimiento para las víctimas del conflicto

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**dlitigioestrategico@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

dlitigioestrategico@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Alexa

Indique su edad *

40

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda y hogar

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que si el es víctimas también apoye a las víctimas

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**asesoriajuridica.ramos@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

asesoriajuridica.ramos@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Jonathan Esneider Ramos Araque

Indique su edad *

35

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que sean solo para las víctimas

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**anaceciliaaraque@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

anaceciliaaraque@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Marina

Indique su edad *

63

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda propia

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Vivienda

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**edwardenfinanzas@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

edwardenfinanzas@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Edward Rodolfo ramos araque

Indique su edad *

38

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Adquisición de vivienda propia

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que sean solo par alas victimas

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**jennyferaraquehermana@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

jennyferaraquehermana@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

⌵ Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Ana Jenifer araque Vargas

Indique su edad *

33

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Educación y vivienda

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que se generen proyectos solo enfocados a las víctimas del conflicto armado

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**majog1304@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

majog1304@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Marlon

Indique su edad *

25

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Union

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que los dineros llege a su destino final

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**ERASMOAUGUSTOA@GMAIL.COM**) al enviar este formulario.

Correo *

ERASMOAUGUSTOA@GMAIL.COM

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

ERASMO ARZUAGA

Indique su edad *

68

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

ACCEDER A UN TERRENO PARA TRABAJAR AGRUCULTURA Y GANADARAI Y SOSTENERME

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE SEAN EFECTIVOS, MAS EFICIENTES Y CON PRIOIRDADES PORQUE LA TARDANZA NO SIRVE, LAS PERSONAS AVANZAMOS EN EDAD Y CADA VEZ E S MAS DIFICIL RECONSTRUIR EL PROYECTO DE VIDA

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**amadogarciaabelardo@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

amadogarciaabelardo@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

abealardo amador

Indique su edad *

59

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

apoyo para proyecto productivo y derecho a una vivienda

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

que podamos conocer lo que tiene derecho

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**herctorleo1972@hotmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

herctorleo1972@hotmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

BERTILDE AMADOR

Indique su edad *

55

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

TENGO UNA HIJA QUE QUERIA ESTUDIAR

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE LOS DIERA A CONOCER

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**sofiagarcia131064@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

sofiagarcia131064@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

SOFIA GARCIA

Indique su edad *

61

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

TENR ESTABILIDAD ECONOMICA Y MEJORAR LA SALUD

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE SEAN MAS RAPPIDOS TODO ES DEMORADO

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**rodriguezeda246@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

rodriguezeda246@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

JHON FREDY AMADOR

Indique su edad *

40

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

ACCESO A UNA VIVIENDA

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

YO QUIERO TENER ACCESO A UN TERRENO PARA TRABAJAR, NO QUIERO QUEDAR EN BOGOTA, BOGOTA SE SIENTE UNO MUY MAL PORQUE NO TENIA ESTUDIOS, Y ACA EN LA CIUDAD NO PUEDE UNO PROGRESAR

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**ciropaez1264@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

ciropaez1264@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

CIRO ALEXANDRE PAEZ AMADOR

Indique su edad *

38

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

EDUCACIÒN

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE LA GENTE PUDIERA ESTUDIAR PARA PODERSE DESARROLLAR A NIVEL PERSONAL Y PROFESIONAL

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**karendelacruz1423@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

karendelacruz1423@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Karen de la cruz

Indique su edad *

31

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Más ayudas menos roscas Jay mucha necesidad

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**coinsa.org@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

coinsa.org@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Aristy

Indique su edad *

53

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal (empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro: Participación en los espacios nos estigmación y señalan

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda digna

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Avanzar en derechos y medidas no retroceder , derechos a la reparación integral en Empoderamiento, participación efectiva, educación empleo

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**oscarsalazar50@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

oscarsalazar50@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

José Oscar Salazar Tabares

Indique su edad *

65

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Empleo

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que los programas sean reales y efectivos

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**monteteatro@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

monteteatro@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Duban montes

Indique su edad *

25

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Una formacion profecional

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Velar por que sea, una ayuda real...

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**dinarosanavarro@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

dinarosanavarro@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si

Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Dina rosa navarro paba

Indique su edad *

51

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

La educación

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que los derecho de las víctimas no sean vulnerados y q sean incluida en el plan de gobierno

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**rmncontador@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

rmncontador@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Raul Alberto Montes Navarro

Indique su edad *

31

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda digna sin tanto papeleo para abquirla

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que sea una cosa uniforme y que no pongan tanto requisito porque muchas personas no los aprovechan porque piden demasiados requisitos para que la gente se aburra y no aplique

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**robayoandre@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

robayoandre@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

ANDREA DEL PILAR ROBAYO SALDAÑA

Indique su edad *

38

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

El tema prioritario es el acceso estable a oportunidades económicas y empleo digno. Muchas familias víctimas del conflicto enfrentan dificultades para generar ingresos sostenibles, lo cual afecta otros aspectos como la educación, la vivienda y la salud. Es fundamental fortalecer los programas de formación laboral, apoyo al emprendimiento y generación de empleo, especialmente para mujeres, jóvenes y personas mayores que aún buscan reconstruir su proyecto de vida.

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Fortalecer el acompañamiento integral: que los programas incluyan no solo ayudas económicas, sino también apoyo psicológico, orientación jurídica y capacitación permanente.

Mejorar la difusión de la información: muchas víctimas no conocen los beneficios o no saben cómo acceder a ellos. Se deberían crear canales de atención más claros, presenciales y digitales.

Impulsar proyectos productivos sostenibles: brindar capital semilla, seguimiento técnico y acompañamiento empresarial para asegurar que los emprendimientos prosperen.

Promover la participación comunitaria: escuchar directamente a las víctimas en la planeación y evaluación de los programas, fortaleciendo las mesas locales de participación.

Garantizar acceso a vivienda y educación: facilitar subsidios y cupos prioritarios en programas de vivienda y formación técnica o universitaria para los miembros de los hogares víctimas.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**ALCIRARONCANCIO88@GMAIL.COM**) al enviar este formulario.

Correo *

ALCIRARONCANCIO88@GMAIL.COM

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

DRIGELIO AMADOR

Indique su edad *

51

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

VIVIENDA,

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE TODOS LOS PROCESOS SON MUY DEMORADOS Y COMPLEJOS

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**fungrupp@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

fungrupp@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Vicente

Indique su edad *

66

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda y empleo

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Tener en cuenta la organización de víctimas y los conceptos de las víctimas y cumplir no solo decir

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**salinajavier358@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

salinajavier358@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

javier salinas

Indique su edad *

54

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

trabajar los tres del nucleo

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

agilicen los procesos

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**correofotosdocumentos@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

correofotosdocumentos@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

FERNANDO ROJAS

Indique su edad *

67

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

VOLVER A TENER MI PEQUEÑA EMPRESA

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

DENTRO DE LOS PROYECTOS QUE TIENEN QUE LAS AYUDAS SEAN EFECTIVAS, REPARTACIONES PARA EMPLEZAR UN PROYECTO

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**normalipisa21@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

normalipisa21@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si

Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Guerrera milenaria 21

Indique su edad *

54

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Pago de arriendo

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Vivienda propia aquí en Bogotá

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**orfilia.garcia1972@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

orfilia.garcia1972@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

orfilia garcia

Indique su edad *

54

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

Si

No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

Visual (para ver, aun usando gafas)

Auditiva (para oír, aun usando audífonos)

Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)

Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)

Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)

Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)

Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

yo quiero que el gobierno me atienda como debe ser, que me den la vivienda, yo tengo un discapacitado y me reparen para irme de Bogotá

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que busquen a las personas que necesitan ayuda

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**anmeloc@unal.edu.co**) al enviar este formulario.

Correo *

anmeloc@unal.edu.co

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

ANGELA MELO

Indique su edad *

30

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adultez)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

YO CREO LA VIVIENDA DIGNA, EMPLEO PARA TRABAJAR

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

LLEVAR LOS PROGRAMAS A LA ACCION, HACER JORNADAS PARA CONTACTAR LAS VICTIMAS, QUE PODAMOS CONOCER LOS PROGRAMAS

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**jhonalexanderpalacios102011@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

jhonalexanderpalacios102011@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si ▼

Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Alex

Indique su edad *

34

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Pues tener mi casa

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Que todo llegue a tiempo y equitativo

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**auriza1128@hotmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

auriza1128@hotmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Zayra

Indique su edad *

52

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Programas educativos técnicos y tecnológicos

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**yaliaguilar09@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

yaliaguilar09@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Yali rocio Aguilar

Indique su edad *

50

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

Vivienda y educación y un buen empleo

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

Calidad de empleo estable, prioridad en las viviendas para las víctimas, mejor apoyo para los jóvenes en la educación proyectos productivos para las víctimas

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**espanayuri8888@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

espanayuri8888@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*

Dropdown

Si



Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

Mona

Indique su edad *

35

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

El diálogo

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

La buena información

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Encuesta de percepción sobre la implementación de las medidas de política pública de la Alcaldía Mayor de Bogotá para las víctimas del conflicto armado

Deseamos invitarlo(a) a participar en una encuesta académica sobre los **“Aportes del Plan de Acción Distrital (PAD) 2024-2027 a la garantía de soluciones duraderas para las víctimas del conflicto armado en la ciudad de Bogotá”**. Su participación es completamente voluntaria y confidencial, y podrá retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna. Agradecemos de antemano su tiempo y disposición para responder.

Se ha registrado el correo del encuestado (**oscarbarrantes2411@gmail.com**) al enviar este formulario.

Correo *

oscarbarrantes2411@gmail.com

Su información será usada únicamente con fines académicos, tal como se indicó en la descripción del formulario y en cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos personales ¿Acepta participar?

*
Dropdown

Si ▼

Datos de Caracterización

Indique un nombre o utilice un seudónimo: *

ANA MARIA RODRIGUEZ

Indique su edad *

71

Indique en qué localidad de Bogotá reside actualmente *

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Ciudad Bolívar
- Sumapaz

Indique cuál es su identidad de género *

- Hombre
- Mujer
- No binario
- prefiero no responder
- Otro:

¿Usted se reconoce como perteneciente a algún grupo étnico? *

- Si
- No

Grupos étnicos

Indique con cuál grupo étnico se identifica

- Indígena
- Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
- Raizal del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina
- Palenquero(a) de San Basilio
- Gitano(a) o del pueblo Rrom

Caracterización de Discapacidad

¿Usted se reconoce como persona con discapacidad? *

- Si
- No

Tipos de Discapacidad

¿Qué tipo de discapacidad presenta?

- Visual (para ver, aun usando gafas)
- Auditiva (para oír, aun usando audífonos)
- Motriz (para caminar, moverse o subir escaleras)
- Cognitiva (para recordar, concentrarse o tomar decisiones)
- Psicosocial (condiciones emocionales o de salud mental que afectan la vida diaria)
- Comunicativa (para hablar, entender o hacerse entender en una conversación)
- Otro:

Nivel de escolaridad y encuesta Sisbén

¿Cuál es su nivel de escolaridad? (Marque solo una opción) *

- Ninguno
- Básica primaria
- Secundaria
- Técnica o tecnológica
- Profesional / Universitaria incompleta
- Profesional Universitaria completa o posgrado

¿Ha sido clasificado(a) en la encuesta Sisbén? *

- Si
- No
- No sabe

Grupos del Sisbén

En caso afirmativo, indique el grupo en el que fue clasificado(a): *

- Grupo A (Pobreza extrema)
- Grupo B (Pobreza moderada)
- Grupo C (Vulnerabilidad)
- Grupo D (Población no pobre, no vulnerable)
- No sabe / No responde

Composición del hogar, ingresos económicos, ayudas recibidas y condiciones de seguridad

¿Cómo está compuesto su hogar? *

- Unipersonales: Aquellos compuestos por una sola persona.
- Nucleares: Conformados únicamente por un jefe y su(s) hijos, con o sin cónyuge o compañero permanente.
- Hogares ampliados: Los cuales, además de los integrantes de las conformaciones nucleares, están compuestos por otros parientes.

¿Las personas que conforman su hogar se encuentran en cuáles de los siguientes rangos de edad?

- 0 a 5 años (Primera infancia)
- 6 a 11 años (Infancia)
- 12 a 17 años (Adolescencia)
- 18 a 26 años (Juventud)
- 27 a 59 años (Adulthood)
- 60 años o más (Persona mayor)

¿Cuál es la principal fuente de ingresos económicos de su hogar? *

- Trabajo asalariado (empleo formal)
- Trabajo ocasional o por día
- Trabajo independiente formal(empresario, comerciante)
- Trabajo independiente informal (venta ambulante, pequeños comercios no registrados, etc.)
- Pensionado
- Programas o subsidios estatales o distritales
- Remesas del exterior
- Apoyo económico de familiares u otras personas
- No tengo ingresos

¿Considera que los ingresos de su hogar son suficientes para cubrir sus necesidades básicas?

- Sí, completamente
- Parcialmente
- No son suficientes

¿Actualmente en que tipo de vivienda habita su hogar? *

- Vivienda propia
- Arrendada
- Vivienda de un familiar o de un conocido
- Albergue
- Hospedaje por Dias
- Habitabilidad de Calle

¿En qué servicio o tipo de salud está afiliado actualmente? *

- Régimen subsidiado /Estado
- Régimen contributivo / pago como empleado o independiente
- Régimen especial o de excepción (Fuerzas Militares, Magisterio, Ecopetrol, etc.)
- Particular (pago directo)
- No cuenta con servicio de salud
- No sabe / No recuerda

Indique si su hogar, desde el año 2024 a la fecha, ha recibido alguna de las siguientes ayudas o beneficios, y de qué entidad *

	No he recibido	Sí, de la Alcaldía de Bogotá	Sí, del Gobierno Nacional	Si, de otra entidad
Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alojamiento temporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda económica/bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proyectos productivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identificación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención psicológica PAPSIVI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reunificación familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si recibió algún tipo de ayuda o apoyo institucional, indique si considera que ha mejorado la calidad de vida de su hogar

- No contribuyó en nada
- Contribuyó muy poco
- Contribuyó algo
- Contribuyó bastante
- Contribuyó mucho

Desde 2024 hasta hoy, ¿usted o alguien de su grupo familiar ha sufrido algún tipo de violencia o delito? *

- SI
- NO

Tipos de violencia

A que atribuye a situación?

- Delincuencia común
- Conflicto armado
- Violencia por parte del Estado
- Problemas de convivencia en el entorno comunitario
- No sabe / no responde
- Otro:

Conocimiento de programas estatales

¿Conoce qué medidas, programas o beneficios ofrece la Alcaldía de Bogotá a las víctimas del conflicto armado? *

- Sí
- No

Participación en la construcción de programas estatales

¿Usted ha participado de la construcción de los programas que ofrece la Alcaldía de Bogotá para las víctimas del conflicto armado?

- Sí, participé activamente
- Sí, fui consultado(a) pero no participé activamente
- No, nunca fui consultado(a) ni participé
- No sabe / No recuerda

Recomendaciones

¿Qué tema considera prioritario para mejorar su calidad de vida y la de su hogar? *

AYUDAS PARA VIVIR

¿Qué recomendaciones le haría a la Alcaldía de Bogotá para que los programas dirigidos a las víctimas mejoren la calidad de vida de su hogar y de su comunidad? *

QUE LE DIGAN A UNO LO QUE TIENE DERECHO Y AYUDEN A LOS VIEJOS

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios