

CONJUNTO RESIDENCIAL PABLO VI SEGUNDO SECTOR
CENSO 2017

No. _____

1. Fecha Día Mes Año

2. Ubicación Bloque Entrada Apto.

3. Zona _____

4. Código _____

DATOS GENERALES

DATOS SOBRE LA VIVIENDA

1. TIPO DE VIVIENDA

1.1 Propia 1.2 Arrendada

2. PERSONAS CON LAS QUE VIVE

2.1 Número de personas en la vivienda _____

2.2 ¿Comparte usted la vivienda con alguien no familiar? Si No

3. ¿Desde qué año vive en Pablo VI?

4. MASCOTA

4.1 Tiene mascota Si No

4.2 ¿Cuántos animales tienen? _____

4.3 ¿Qué Tipo? Perro__ Gato__ Otro _____

4.4 Sí es Perro, ¿Qué raza es? _____

5. COMUNICACIONES

5.1 Utiliza la Antena Parabólica Si No

5.1 Posee televisión por cable y/o satélital Si No

5.2 Le gustaría un Boletín informativo Si No

5.3 ¿Conoce la página web www.paulovi2sector.com? Si No

6. NECESIDADES DEL CONJUNTO

Escriba **dos** necesidades que considere para el conjunto

6.1 _____

6.2 _____

7. PELIGROS INMIDENTES

Escriba **dos** peligros inmidentes al cual usted o su familia consideren estar expuestos

7.1 _____

7.2 _____

8. PROBLEMAS DEL CONJUNTO

señale solo **tres** que considere más graves

8.1 Administración Cuál? _____

8.2 Alarma de carros

8.3 Alumbrado

8.4 Aseo

8.5 Basuras

8.6 Drogadicción

8.7 Escándalos

8.8 Expendio de licores

8.9 Inseguridad

8.10 Mascotas

8.12 Ruidos Qué tipo? _____

8.13 Uso inadecuado de parqueaderos

8.14 Vigilancia Cuál? _____

8.15 Plagas, roedores, moscas y otros

8.16 Otro Cuál? _____

9. MANTENIMIENTO

señale los **tres** arreglos que considere más graves

9.1 Andenes

9.2 Espacios deportivos Cuales? _____

9.3 Fachada de edificios

9.4 Jardines y prados

9.5 Mejora de las casetas actuales

9.8 Parques infantiles

9.9 Otro Cuál? _____

10. Utiliza el parqueadero? Sí _____ No _____

10.1 Cuántos carros tiene? 1 __ 2 __ más de 2 __

DATOS DE CADA HABITANTE**No.****1. Nombres y Apellidos** _____**2. Edad** 0-8 9-16 17-25 26-33 34-60 Mayores De 60 **3. Lugar de nacimiento** _____

Municipio Departamento País

4. Género M F Otro **5. NIVEL DE ESCOLARIDAD**

- 5.1 Párvulos, preescolar, Primaria
- 5.2 Bachillerato
- 5.3 Técnico o tecnólogo Carrera _____
- 5.4 Estudiante universitario Carrera _____
- 5.5 Militar Grado _____
- 5.6 Profesional Título _____
- 5.7 Postgrado Cuál? _____

9. TIEMPO LIBREEn qué utiliza su tiempo libre? (señale solo **dos** opciones)

- 9.1 Asiste a cine
- 9.2 Escucha música
- 9.3 Navega en internet
- 9.4 Practica Juegos de mesa
- 9.5 Lee
- 9.6 Participa en tertulias
- 9.7 Practica algún deporte Cuál? _____
- 9.8 Otro Cuál? _____

6. Tiene algún tipo de discapacidad Si No* Si su respuesta fue **SI**, responda la siguiente pregunta

Cuál? _____

10. ACCIONES FUTURASDesearía usted en el futuro dedicar su tiempo libre en: (señale solo **dos** opciones)

- 10.1 Pertener a un grupo musical
- 10.2 Pertener a un grupo de danzas
- 10.3 Recibir cursos de capacitación Cuál? _____
- 10.4 Dictar algún tipo de curso o conferencia Cuál? _____
- 10.5 Otro Cuál? _____

7. ACTIVIDAD ECONÓMICA

- 7.1 Empleado
- 7.2 Pensionado
- 7.3 Independiente
- 7.4 Desempleado
- 7.5 Estudiante

8. OCUPACIÓNTiene usted un trabajo que le proporcione dinero Si No* si su respuesta fue **SI**, seleccione una de las siguientes opciones

- 8.1 Ciencias de la comunicación Cuál? _____
- 8.2 Ciencias de la educación Cuál? _____
- 8.3 Ciencias de la salud Cuál? _____
- 8.4 Ciencias economico-Adminis. Cuál? _____
- 8.5 Ciencias físicas y naturales Cuál? _____
- 8.6 Ciencias jurídicas Cuál? _____
- 8.7 Ciencias religiosas Cuál? _____
- 8.8 Ciencias Sociales Cuál? _____
- 8.9 Consultor Área _____
- 8.10 Estudiante
- 8.11 Ingeniero Área _____
- 8.12 Seguridad y vigilancia
- 8.13 Empleador Especi- que _____
- 8.14 Otro Cuál? _____

11. PARTICIPACIÓN COMITES¿Cuál de los siguientes comités le gustaría participar? (señale solo **dos** opciones)

- 11.1 Ambiental
- 11.2 Convivencia
- 11.3 Cultura y deportes
- 11.4 Mascotas
- 11.5 Obras y mantenimiento
- 11.6 Prevención y atención a desastres
- 11.7 Seguridad
- 11.8 Vigilancia
- 11.9 Otro Cuál? _____

Desea, que su nombre, dirección y número telefónico y/o de celular sea utilizado en la Elaboración de un directorio telefónico interno? Si No

E-mail: _____

Dirección oficina (si la tiene): _____

Teléfono Fijo _____

Celular _____

DATOS DEL NEGOCIO

1. Nombre del Propietario y/o administrador _____

2. Nombre del Negocio _____

3. Tiempo que lleva el negocio _____ 4. Horario de actividad _____ a _____

1. ESTABLECIMIENTO1.1 Propio 1.2 Arrendado **2. NEGOCIO**

. ¿Cuál es la unidad de negocio del establecimiento comercial?

- 2.1 Restaurante
- 2.2 Supermercado
- 2.3 Zapatería
- 2.4 Peluquería
- 2.5 Ferretería
- 2.6 Papelería
- 2.7 Panadería
- 2.8 Otro Cuál? _____

3. EMPLEADOS

3.1 Número de empleados _____

4. SERVICIOS

Con qué servicios públicos cuenta el establecimiento (señale las necesarias)

- 4.1 Agua
- 4.2 Gas natural
- 4.3 Energía eléctrica
- 4.4 Internet
- 4.5 Televisión por cable
- 4.6 Telefonía fija
- 4.7 Otro Cuál? _____

5. CERTIFICADOS

. ¿Cuáles de los siguientes certificados cuenta el establecimiento?

	Si	No	NA
5.1 Registro Mercantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Concepto Sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Certificado de bomberos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 Inscripción en el RUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. AMBIENTAL6.1. ¿Se hace adecuada disposición de los residuos? Si No* Si su respuesta fue **SI**, responda la siguiente pregunta

¿Cómo se hace? _____

6.2 Cumple con todos los requisitos exigidos por la Secretaría de Salud Si No**7. VENTAS**7.1 ¿Siente usted que ha habido variación en los porcentajes de Ventas? Si No

¿Por qué? _____