8.13 EQUIPOS TERAPEUTICOS (DE APOYO A ENFERMOS Y MINUSVALIDOS EN GENERAL)

NL	FGAST		DESCR	CODPS	CANTI	ESTAD	LUG	LUG	LUG	QUIEN		PCRAG	VAPPP	FORPA	VATOT
Número de Línea	**Fecha**		**Descripción de lo adquirido (Indique el nombre del producto, marca, tamaño en que viene especificado el mismo)**		**Cantidad de lo adquirido**	**Estado** **1** Nuevo **2** Usado	**Lugar** **1** País **2** Extranjero			**Quién paga**		**Si es pago compartido residencia del otro agente** 1 País 2 Extranjero	**Valor pagado o por pagar por el hogar**	**Forma de pago:** **1** Contado **2** Tarjeta **3** Crédito **4** Adelantado **5** Adelantado con crédito	**Valor total de lo adquirido por el hogar**
	Mes	Año		Código			Origen	Pago	Adquisición		Código		Lps		Lps
1						1 2						1 2			
2						1 2						1 2			
3						1 2						1 2			
4						1 2						1 2			
5						1 2						1 2			
6						1 2						1 2			
7						1 2						1 2			
8						1 2						1 2			
9						1 2						1 2			

Continuación

CINIC	FINIC		FFINA		NCUOT	MPROM	DESTI		DCRAG	PCONF	DESTA		TEST/	COMPA	PRCMG		PPAGA
Secuencia de pagos							**Destino**		**Si es destino compartido residencia del otro agente** 1 País 2 Extranjero	**Porcentaje del destino que es consumo del hogar**	**Tipo de Establecimiento: Indique el nombre del establecimiento, ubicación geográfica, tamaño, ejemplo:** Farmacias Tiendas Hospitales Zapaterías Carpinterías Centros de rehabilitación			**Comprado a** **1** Productor **2** Comer-ciante	**Presencia del comprador** **1** Presente **2** Ausente		**Porcentaje pagado**
Cuota inicial	Fechas de los pagos				Número de cuotas	Monto promedio de cada cuota									Cuando hizo el gasto	En la semana de referencia	
	Inicial		Final														
Lps	Mes	Año	Mes	Año		Lps		Código		%		Código					%
									1 2					1 2	1 2	1 2	
									1 2					1 2	1 2	1 2	
									1 2					1 2	1 2	1 2	
									1 2					1 2	1 2	1 2	
									1 2					1 2	1 2	1 2	
									1 2					1 2	1 2	1 2	
									1 2					1 2	1 2	1 2	
									1 2					1 2	1 2	1 2	
									1 2					1 2	1 2	1 2	