

7.16 SALUD Y OTROS SERVICIOS CONEXOS (SE INCLUYEN LOS GASTOS POR SERVICIOS QUE NO ESTAN CUBIERTOS POR LOS PAGOS DE SEGUROS O SERVICIOS RECIBIDOS POR CONTRATO DE PAGOS PERIODICOS INFORMADOS EN EL CAPITULO 8 DE GASTOS MENSUALES)

Continuación

Número de Línea	Fecha		Descripción de lo adquirido (Indique el nombre del producto, marca, tamaño en que viene especificado el mismo)				Quién recibe el servicio (anote 99 si no es un Miembro)	Lugar			Quién paga	Si es pago compartid o residencia del otro anente 1 País 2 Extranjero	Valor pagado o por pagar por el hogar Lps	Forma de pago: 1 Contado 2 Tarjeta 3 Crédito 4 Adelantado	Valor total de lo adquirido por el hogar Lps	Secuencia de pagos		Continuación
	1 País 2 Extranjero	N° del Miembro						Origen	Pago	Adquisico						Cuota inicial Lps	Fecha Inicio Mes	
Mes	Año	Código	Cantidad	Unidad de Medida	Código						Código							
1												1 2						
2												1 2						
3												1 2						
4												1 2						
5												1 2						
6												1 2						
7												1 2						
8												1 2						
9												1 2						

						Destino	Si es destino compartido o residencia del otro	Porcentaje del destino que es consumo del hogar	Tipo de Establecimiento: Indique el nombre del establecimiento, ubicación geográfica, tamaño, ejemplo:	Presencia del comprador	Porcentaje pagado		
as de los pagos							1 País		Farmacias Cruz Roja	1 Presente 2 Ausente			
Inicial	Final	Número de	Monto promedio de cada cuota			Código	2 Extranjero	%	Dentista Laboratorios Clínica del IHS	Cuando hizo el gasto	En la semana de referencia	%	
Año	Mes	Año	cuotas	Lps					Hospitales Centros de Salud	Sobador Servicios fúnebres	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	