



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO
NACIONAL DE ESTADÍSTICA

República de Colombia
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y en ningún caso tienen fines fiscales ni pueden utilizarse como prueba judicial. Decreto 1633, Artículo 75

No. **A005440**

I. DATOS DEL NACIMIENTO

1. SEXO 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Femenino		2. PESO (al nacer) _____ gramos		3. TALLA (al nacer) _____ centímetros	
4. FECHA DE NACIMIENTO _____ Año Mes Día			5. HORA DE NACIMIENTO _____ Hora Minutos AM PM 8 <input type="checkbox"/> Sin establecer		
6. LUGAR DE NACIMIENTO Departamento _____ Municipio _____ Inspección, corregimiento o caserío _____				7. ÁREA DE NACIMIENTO 1 <input type="checkbox"/> Cabecera municipal 2 <input type="checkbox"/> Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) 3 <input type="checkbox"/> Rural disperso	
8. SITIO DEL PARTO 1 <input type="checkbox"/> Institución de salud <input type="checkbox"/> Domicilio 3 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____		9. INSTITUCIÓN Código _____ Nombre _____			
10. EL PARTO FUE ATENDIDO POR 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermero(a) 3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería 4 <input type="checkbox"/> Promotora de salud 5 <input type="checkbox"/> Partera 6 <input type="checkbox"/> Otro, ¿cuál? _____					
11. TIEMPO DE GESTACIÓN EN SEMANAS _____ <input type="checkbox"/> Ignorado			12. NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES _____		
13. TIPO DE PARTO 1 <input type="checkbox"/> Espontáneo 2 <input type="checkbox"/> Cesárea 3 <input type="checkbox"/> Instrumentado 4 <input type="checkbox"/> Ignorado		14. MULTIPLICIDAD 1 <input type="checkbox"/> Simple 2 <input type="checkbox"/> Doble 3 <input type="checkbox"/> Triple 4 <input type="checkbox"/> Cuádruple o más		15. APGAR 1 min < 5 5 - 6 ≥ 7 5 min _____	
16. HEMOCLASIFICACIÓN Grupo sanguíneo _____ R.h. _____					

II. DATOS DE LOS PADRES

17. APELLIDO (S) Y NOMBRE (S) _____ Primer apellido Segundo apellido Nombre (s)						
18. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1 <input type="checkbox"/> T.I. 2 <input type="checkbox"/> C.C. 3 <input type="checkbox"/> C.E. 4 <input type="checkbox"/> Pasaporte 5 <input type="checkbox"/> NUIP 9 <input type="checkbox"/> Sin información No. _____			19. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ignorado			
DATOS DE LA MADRE	20. EDAD (en años cumplidos a la fecha del parto) _____ Años		21. EN EL MOMENTO DEL PARTO, LA MADRE ERA 1 <input type="checkbox"/> Soltera 2 <input type="checkbox"/> Casada 3 <input type="checkbox"/> Viuda 4 <input type="checkbox"/> En unión libre 5 <input type="checkbox"/> Separada o divorciada 9 <input type="checkbox"/> Sin información		22. NIVEL EDUCATIVO 1 <input type="checkbox"/> Preescolar 2 <input type="checkbox"/> Primaria completa 3 <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 4 <input type="checkbox"/> Secundaria completa 5 <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta 6 <input type="checkbox"/> Universitaria completa 7 <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta 8 <input type="checkbox"/> Ninguno 9 <input type="checkbox"/> Sin información	
	23. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL País _____ Departamento _____ Municipio _____			24. ÁREA DE RESIDENCIA Barrio _____ 1 <input type="checkbox"/> Cabecera municipal Dirección _____ Sector _____ Sección _____ 2 <input type="checkbox"/> Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) Nombre _____ Código _____ 3 <input type="checkbox"/> Rural disperso Vereda _____ Sector _____		
25. FECHA DE NACIMIENTO DEL ANTERIOR HIJO NACIDO VIVO _____ Año Mes Día		26. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS QUE HA TENIDO, CONTANDO ESTE _____		27. NÚMERO DE EMBARAZOS, INCLUIDO EL PRESENTE _____		
DATOS DEL PADRE	28. EDAD (en años cumplidos a la fecha del nacimiento de este hijo) _____ Años		29. NIVEL EDUCATIVO 1 <input type="checkbox"/> Preescolar 2 <input type="checkbox"/> Primaria completa 3 <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 4 <input type="checkbox"/> Secundaria completa 5 <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta 6 <input type="checkbox"/> Universitaria completa 7 <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta 8 <input type="checkbox"/> Ninguno 9 <input type="checkbox"/> Sin información			

III. DATOS DE QUIEN DILIGENCIA EL CERTIFICADO

30. NOMBRE (en letra imprenta) _____					
31. PROFESIÓN 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermero (a) 3 <input type="checkbox"/> Otro funcionario de salud 4 <input type="checkbox"/> Funcionario registro civil					
32. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN _____ Año Mes Día			Firma y Nro. de tarjeta profesional o registro _____		

CONSULTE INSTRUCCIONES AL RESPALDO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL