



República de Colombia



Ministerio de la Protección Social

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

CONFIDENCIAL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Empty box for the certificate number.

(Consulte instrucciones al respaldo)

LUGAR DEL NACIMIENTO

Departamento

Municipio

ÁREA DEL NACIMIENTO

Radio buttons for Cabecera municipal, Centro poblado, Inspección, corregimiento o caserío, and Rural disperso.

FECHA DEL NACIMIENTO

Form for birth date: Año, Mes, Día.

HORA DEL NACIMIENTO

Form for birth time: Hora, Minutos, Sin establecer.

SEXO DEL NACIDO VIVO

Radio buttons for Masculino and Femenino.

HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO

Form for blood group and Rh factor.

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Form for mother's name and surnames: Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

Radio buttons for Registro civil, Tarjeta de identidad, Cédula de ciudadanía, Cédula de extranjería, Pasaporte, Sin información.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Form for mother's identification number.

DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Form for certifier's name and surnames: Primer apellido, Segundo apellido, Primer nombre, Segundo nombre.

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

Radio buttons for Cédula de ciudadanía, Cédula de extranjería, Pasaporte.

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Form for certifier's identification number.

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

Radio buttons for Médico, Auxiliar de enfermería, Enfermero(a), Promotor(a) de salud.

REGISTRO PROFESIONAL

Form for professional registration.

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento

Municipio

Form for date of issuance: Año, Mes, Día.

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

Form for signature.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

El certificado de nacido vivo antecedente para el registro civil se constituye en el requisito para la inscripción del nacimiento en las oficinas autorizadas para llevar el registro civil. **LA FIRMA DE LA PERSONA QUE LO DILIGENCIA GARANTIZA LA VALIDEZ DEL DOCUMENTO.**

### INSTRUCCIONES GENERALES

1. El certificado debe ser llenado en letra de imprenta, clara y legible, sin borrones ni enmiendas.
2. Marcar con una equis(x) la opción seleccionada para cada pregunta.
3. Es indispensable hacer las indagaciones necesarias para obtener la información completa y veraz, pues todos los datos son importantes para el Sistema Nacional de Registro Civil.
4. Verifique siempre todos los datos que consigne, tales como nombres completos, edad y número de identificación de la madre del recién nacido tal como figuran en el documento de identificación, esto con el fin de evitar contratiempos en la notaría o registraduría.
5. El certificado debe ser llenado en su totalidad, no se deben dejar espacios en blanco, de lo contrario la Oficina de Registro Civil no lo acepta como válido.
6. Para efecto de garantizar la calidad, brindar confiabilidad y evitar duplicidades, el certificado se halla numerado; por tal razón, **NO SE ACEPTAN CERTIFICADOS DILIGENCIADOS EN FOTOCOPIAS.**

### CONTENIDO

**Fecha del nacimiento:** anotar, en números arábigos, el año, mes y día en que ocurrió el nacimiento.

**Hora del nacimiento:** registrar la hora y minutos del nacimiento en formato de hora militar.

**Hemoclasificación del nacido vivo:** registrar el grupo sanguíneo y el factor Rh del recién nacido.

**Apellido(s) y nombre(s) de la madre (tal como figuran en el documento de identidad):** anotar el(los) apellido(s) y nombre(s) según como figuren en el documento de identificación aportado por la madre en el momento del diligenciamiento del certificado.

### DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

Apellidos y nombres, tipo y nro. de identificación y registro profesional de quien certifica; igualmente, se deberá indicar el lugar y la fecha de expedición del certificado.

La firma del médico o profesional de salud que expide el certificado conlleva su responsabilidad civil, penal y ética.



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia  
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO



Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

1. NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. DATOS DEL NACIMIENTO

<b>2. LUGAR DEL NACIMIENTO</b>	
Departamento _____	Municipio _____
<b>3. ÁREA DEL NACIMIENTO</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2. Centro poblado <input type="checkbox"/> 3. Rural disperso    Inspección, corregimiento o caserío	
<b>4. SITIO DEL PARTO</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Institución de salud <input type="checkbox"/> 2. El domicilio <input type="checkbox"/> 3. Otro sitio, ¿cuál? _____	
<b>5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD</b>	
Nombre _____	
Código _____	
<b>6. SEXO DEL NACIDO VIVO</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino	
<b>7. PESO DEL NACIDO VIVO, AL NACER</b>	
Gramos _____	
<b>8. TALLA DEL NACIDO VIVO, AL NACER</b>	
Centímetros _____	
<b>9. FECHA DEL NACIMIENTO</b>	
Año _____ Mes _____ Día _____	
<b>10. HORA DEL NACIMIENTO</b>	
Hora _____ Minutos _____ <input type="checkbox"/> Sin establecer	
<b>11. EL PARTO FUE ATENDIDO POR:</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Enfermero(a) <input type="checkbox"/> 3. Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Promotor(a) de salud <input type="checkbox"/> 5. Partera <input type="checkbox"/> 6. Otra persona, ¿cuál? _____	
<b>12. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL NACIDO VIVO</b>	
<input type="checkbox"/> Semanas completas <input type="checkbox"/> Ignorado	
<b>13. NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES QUE TUVO LA MADRE DEL NACIDO VIVO</b>	
Consultas _____	
<b>14. TIPO DE PARTO DE ESTE NACIMIENTO</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Espontáneo <input type="checkbox"/> 2. Cesárea <input type="checkbox"/> 3. Instrumentado <input type="checkbox"/> 4. Ignorado	
<b>15. MULTIPLICIDAD DEL EMBARAZO</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Simple <input type="checkbox"/> 2. Doble <input type="checkbox"/> 3. Triple <input type="checkbox"/> 4. Cuádruple o más	
<b>16. APGAR DEL NACIDO VIVO</b>	
Al minuto (1-10) _____ A los cinco minutos (1-10) _____	
<b>17. HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO</b>	
Grupo sanguíneo _____ Factor Rh _____	
<b>18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO:</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Indígena ¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____ <input type="checkbox"/> 2. Rom (gitano) <input type="checkbox"/> 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia <input type="checkbox"/> 4. Palenquero de San Basilio <input type="checkbox"/> 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente <input type="checkbox"/> 6. Ninguno de los anteriores	

II. DATOS DE LOS PADRES DEL NACIDO VIVO

<b>DATOS DE LA MADRE DEL NACIDO VIVO EN EL MOMENTO DEL PARTO</b>			
<b>19. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b>			
Primer apellido _____	Segundo apellido _____	Primer nombre _____	Segundo nombre _____
<b>20. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE</b>		<b>21. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Registro civil <input type="checkbox"/> 2. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> 3. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 4. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 5. Pasaporte <input type="checkbox"/> 9. Sin información		_____	
<b>22. EDAD DE LA MADRE A LA FECHA DEL PARTO</b>		Años cumplidos _____	
<b>23. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE</b>		<b>24. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE</b>	
<input type="checkbox"/> 1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 3. Está separada, divorciada <input type="checkbox"/> 4. Está viuda <input type="checkbox"/> 5. Está soltera <input type="checkbox"/> 6. Está casada <input type="checkbox"/> 9. Sin información		<input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 99. Sin información Último año o grado aprobado _____	
<b>25. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE</b>			
País _____		Departamento _____ Municipio _____	
<b>26. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE</b>			
<input type="checkbox"/> 1. Cabecera municipal    Barrio _____    Localidad o comuna _____ Dirección _____ <input type="checkbox"/> 2. Centro poblado    Inspección, corregimiento o caserío _____ <input type="checkbox"/> 3. Rural disperso    Vereda _____			
<b>27. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS QUE HAN TENIDO LA MADRE, INCLUIDO EL PRESENTE</b>		<b>28. FECHA DE NACIMIENTO DEL ANTERIOR HIJO NACIDO VIVO</b>	
Hijos _____		Año _____ Mes _____ Día _____	
<b>29. NÚMERO DE EMBARAZOS, INCLUIDO EL PRESENTE</b>		Embarazos _____	
<b>30. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA MADRE</b>		<b>31. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECE LA MADRE</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Contributivo <input type="checkbox"/> 2. Subsidiado <input type="checkbox"/> 3. Excepción <input type="checkbox"/> 4. Especial <input type="checkbox"/> 5. No asegurado		Tipo de administradora: <input type="checkbox"/> 1. Entidad Promotora de Salud <input type="checkbox"/> 2. Entidad Promotora de Salud Subsidiada <input type="checkbox"/> 3. Entidad Adaptada de Salud <input type="checkbox"/> 4. Entidad Especial de Salud <input type="checkbox"/> 5. Entidad Excepcionada de Salud Nombre de la administradora _____	

DATOS DEL PADRE DEL NACIDO VIVO

<b>32. EDAD DEL PADRE A LA FECHA DEL NACIMIENTO DE ESTE HIJO</b>		<b>33. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL PADRE</b>	
Años cumplidos _____		<input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 99. Sin información    Último año o grado aprobado _____	

III. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

<b>34. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b>			
Primer apellido _____	Segundo apellido _____	Primer nombre _____	Segundo nombre _____
<b>35. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>		<b>36. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 2. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 3. Pasaporte		_____	
<b>37. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO</b>		<b>38. REGISTRO PROFESIONAL</b>	
<input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Enfermero(a) <input type="checkbox"/> 3. Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Promotor(a) de salud <input type="checkbox"/> 5. Funcionario de registro civil		_____	
<b>39. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO</b>		<b>40. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO</b>	
Departamento _____ Municipio _____ Año _____ Mes _____ Día _____		_____	

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

El certificado de nacido vivo tiene como propósito primordial recoger información sobre la natalidad. Constituye además, el documento antecedente para la inscripción del nacimiento en las oficinas autorizadas para llevar el registro civil.

**LA VALIDEZ DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO LA GARANTIZA LA FIRMA DE LA PERSONA QUE LO DILIGENCIA, QUIEN A LA VEZ SERÁ RESPONSABLE DEL CONTENIDO DEL MISMO.**

### INSTRUCCIONES GENERALES

- El certificado debe ser llenado en letra de imprenta, clara y legible, sin borrones ni enmiendas.
- No se deben utilizar abreviaturas o siglas en ninguno de los espacios del certificado.
- Es indispensable hacer las indagaciones necesarias para obtener la información completa y veraz, pues todos los datos son importantes para los servicios de salud y para el Sistema Nacional de Registro Civil.
- Verifique siempre todos los datos que consigne, como nombres completos, edad y número de identificación de la madre del recién nacido tal como figuran en el documento de identificación, a su vez los valores de peso y talla de la historia clínica; esto con el fin de evitar errores en el diligenciamiento.
- El certificado debe ser llenado en su totalidad, de los numerales 1 al 39, esto evita posibles fraudes y disminuye el subregistro de información.
- Cuando un formato de certificado se dañe por borrones, enmendaduras o mal diligenciamiento, éste debe ser anulado y no destruirse, para ser remitido posteriormente a la Dirección seccional o local de salud.
- Para efecto de garantizar la calidad, brindar confiabilidad y evitar duplicidades, el certificado se halla numerado; por tal razón, **NO SE ACEPTAN CERTIFICADOS DILIGENCIADOS EN FOTOCOPIAS.**

### QUIÉN DEBE LLENAR EL CERTIFICADO

El certificado de nacido vivo debe ser diligenciado por el médico o la enfermera que asistió el parto; en las áreas del país en donde no exista este recurso humano, las auxiliares de enfermería y las promotoras de salud están autorizadas para diligenciarlo. En el evento en que el parto haya sido asistido por partera, ella deberá informar a la promotora de salud del área, para que ésta avale la información y diligencie el respectivo certificado.

### CONTENIDO

El formato del certificado se halla dividido en 3 partes:

- La primera (preguntas 1 a 18) corresponde a los datos propios del nacimiento.
- La segunda parte (preguntas 19 a 33) hace referencia a los datos de los padres del recién nacido.
- La tercera parte (preguntas 34 a 39) contiene los datos de quien diligencia el certificado.

### INSTRUCCIONES ESPECIALES

A continuación se detallan algunas de las preguntas del certificado de nacido vivo que requieren especial atención en su diligenciamiento.

#### I. DATOS DEL NACIMIENTO

- Área del nacimiento:** marcar con una equis (X) en la casilla correspondiente, según si el nacimiento ha ocurrido en la cabecera municipal (casco urbano), centro poblado (inspección de policía, corregimiento o caserío) o en el área rural dispersa.
- Sitio del parto:** marcar con una equis (X) en la casilla correspondiente, el sitio donde ocurrió el nacimiento, institución de salud, el domicilio u otro, especificando para este último el lugar de ocurrencia (automóvil, avión, etc.).
- Nombre de la institución de salud:** si en la pregunta 4 (sitio del parto) se seleccionó la opción 1, institución de salud, registrar el nombre del organismo de salud y el código correspondiente.
- Fecha del nacimiento:** anotar, en números arábigos, el año, mes y día en que ocurrió el nacimiento.
- Hora del nacimiento:** registrar la hora y minutos del nacimiento en formato de hora militar. La casilla "Sin establecer" se diligencia únicamente en aquellos casos en que el parto no sea atendido por personal de salud.
- El parto fue atendido por:** marcar con una equis (X) el tipo de personal de salud que atendió el parto; si se trata de otra persona, especificar quién atendió el hecho (policía, azafata, familiar, etc.).
- Tiempo de gestación del nacido vivo:** escriba el número de semanas completas de gestación, que corresponda. La casilla "Ignorado" sólo debe ser diligenciada cuando se desconozca o no sea posible determinar el tiempo de gestación.
- Multiplidad del embarazo:** esta casilla está destinada a establecer si el recién nacido, sujeto del certificado, es producto de un embarazo simple, doble, triple, cuádruple o más.
- Apgar del nacido vivo al nacer:** es la valoración que se le hace al recién nacido al minuto y a los cinco minutos del nacimiento, según la siguiente clasificación:

Signo	Puntuación		
	0	1	2
A Aspecto (coloración)	Azul, pálido	Cuerpo rosado; miembros azules	Completamente rosado
P Pulso (frecuencia cardíaca)	Ausente	Menos de 100	Más de 100
G Gestos (irritabilidad refleja en respuesta a la estimulación de la planta)	Sin respuesta	Mueca	Llanto
A Actividad (tono muscular)	Débil	Algo de flexión en las extremidades	Movimientos activos
R Respiración (esfuerzo respiratorio)	Ausente	Lenta, irregular	Buena, llanto enérgico

- Hemoclasificación del nacido vivo:** registrar el grupo sanguíneo y el factor Rh del recién nacido.
- De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el nacido vivo es reconocido por sus padres como:** se debe registrar cómo consideran los padres al recién nacido, de acuerdo con la pertenencia cultural, no a los rasgos físicos o al color de la piel. Si se seleccionó 1, Indígena, escriba a cuál pueblo indígena pertenece.

#### II. DATOS DE LOS PADRES DEL NACIDO VIVO

- Apellidos y nombres de la madre (tal como figuran en el documento de identidad):** anotar el(los) apellido(s) y nombre(s) según como aparezcan en el documento de identificación aportado por la madre en el momento del diligenciamiento del certificado.
- Lugar de residencia habitual de la madre:** se debe registrar el lugar donde vive permanentemente o la mayor parte del tiempo la madre del nacido vivo.
- Área de residencia habitual de la madre:** marcar con una equis (X) en la casilla correspondiente, el área de residencia habitual de la madre del recién nacido. Registrar la dirección y nombre del barrio para los residentes en la cabecera municipal (casco urbano) y la localidad o comuna sólo para las ciudades que cuenten con esta división territorial; el nombre de la inspección de policía, corregimiento o caserío, para los casos de centros poblados, y el nombre de la vereda, si se trata del rural disperso.
- Número de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre, incluido el presente:** anotar en el espacio correspondiente, el total de hijos nacidos vivos que la madre ha tenido, contando éste.
- Número de embarazos incluido el presente:** anotar en el espacio correspondiente, el número total de gestaciones o embarazos de la madre, independientemente si el producto del embarazo nació vivo o, por el contrario, fue una pérdida fetal.
- Entidad administradora en salud a la que pertenece la madre:** seleccione el tipo de administradora y escriba el nombre de ésta, según el Régimen de Seguridad Social en Salud, así:  
Contributivo: 1 Entidad Promotora de Salud o 3 Entidad Adaptada de Salud.  
Subsidiado: 2 Entidad Promotora de Salud Subsidiada.  
Excepción: 5 Entidad exceptuada de Salud.  
Especial: 4 Entidad Especial de Salud.  
No asegurado: no se selecciona ninguna opción.

#### III. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

Apellidos y nombres, tipo y nro. de identificación y registro profesional de quien certifica; igualmente, se deberá indicar el lugar y la fecha de expedición del certificado. La firma del médico o profesional de salud que expide el certificado conlleva su responsabilidad civil, penal y ética.