



SOLICITUD DE NACIMIENTO ATITALAQUIA 2024-2027



No. DE CONTROL

DATOS DEL (A) REGISTRADO (A)

SEXO:

HOMBRE

MUJER

NOMBRE

NOMBRE(S)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO:

HORA:

LUGAR DE NACIMIENTO:

(LOCALIDAD)

(MUNICIPIO)

(ENTIDAD FEDERATIVA)

(PAIS)

PRESENTADO : VIVO

MUERTO

No. DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO

COMPARECIO:

LA MADRE:

EL PADRE

AMBOS

PERSONA DIST.

PADRES

NOMBRE DEL PADRE:

EDAD:

DOMICILIO HABITUAL:

C.P.:

NOMBRE DE LA CALLE Y No. EXTERIOR O INTERIOR

LOCALIDAD

MUNICIPIO:

ENTIDAD FEDERATIVA

PAIS

NACIONALIDAD:

GRADO DE ESTUDIOS:

OCUPACION:

NOMBRE DE LA MADRE:

EDAD:

DOMICILIO HABITUAL:

C.P.:

NOMBRE DE LA CALLE Y No. EXTERIOR O INTERIOR

LOCALIDAD

MUNICIPIO:

ENTIDAD FEDERATIVA

PAIS

NACIONALIDAD:

GRADO DE ESTUDIOS:

OCUPACION:

No. De Parto:

ABUELOS

ABUELO PATERNO (F) (V)

FECHA DE NAC:

ABUELA PATERNA (F) (V)

FECHA DE NAC:

DOMICILIO ABUELO P

C.P.

EDO CIVIL:

DOMICILIO ABUELA P:

C.P.

EDO CIVIL:

ENTIDAD DE NACIMIENTO ABUELO

ENTIDAD DE NACIMIENTO ABUELA

ABUELO MATERNO (F) (V)

FECHA DE NAC:

ABUELA MATERNA (F) (V)

FECHA DE NAC:

DOMICILIO ABUELO M:

C.P.

EDO CIVIL:

DOMICILIO ABUELA M:

C.P.

EDO CIVIL:

ENTIDAD DE NACIMIENTO ABUELO

ENTIDAD DE NACIMIENTO ABUELA

TESTIGOS

NOMBRE

NACIONALIDAD

EDAD

DOMICILIO

C.P.

ESTADO CIVIL:

PARENTESCO:

ENTIDAD DE NAC:

NOMBRE

NACIONALIDAD

EDAD

DOMICILIO

C.P.

ESTADO CIVIL:

PARENTESCO:

ENTIDAD DE NAC:

DATOS COMPLEMENTARIOS DE LA MADRE

DONDE FUE ATENDIDO EL PARTO:

CLINICA OFICIAL

CLINICA PARTICULAR

ESTADO CIVIL DE LA MADRE

PERSONAS QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR

FIRMAS DE LOS PADRES

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE

CEL. DE LOS PADRES:

FECHA DE LA SOLICITUD