

SECRETARÍA DE SALUD  
REPRESENTACIÓN IMPRESA DEL  
CERTIFICADO ELECTRÓNICO DE NACIMIENTO

MODELO 2015  
FOLIO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS, ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE(S) [REDACTED] PRIMER APELLIDO: [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO: [REDACTED]	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): XXXX999999XXXX999	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio/Delegación: SALINAS	2.2 Entidad federativa/Pais (Si es extranjera): SAN LUIS POTOSI
3. FECHA DE NACIMIENTO: [REDACTED] 4. EDAD: 32	5.1 ¿Se considera indígena? NO 5.2 ¿Habla alguna lengua indígena? NO
6. ESTADO CONYUGAL: CASADA	5.3 ¿Cuál lengua indígena habla? N/A
7. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 7.1 Tipo de vialidad: CALLE	7.2 Nombre de la vialidad: [REDACTED]
7.3 Núm. Exterior: 1 7.4 Núm. interior:	7.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
7.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED]	7.7 Código Postal: 99999
7.8 Localidad: [REDACTED]	7.9 Municipio o delegación: SALINAS
7.10 Entidad federativa: SAN LUIS POTOSI	7.11 Teléfono:
8. N° DE EMBARAZOS (incluye el actual): 4 9. NÚM. DE HIJOS(AS):	9.1 Nacidos muertos(as): 1 9.2 Nacidos vivos(es): 2 9.3 Sobrevivientes: 2
10. EL(LA) HIJO(A) ANTERIOR NACIÓ MUERTO	10.1 Vive aún: NO APLICA 11. ORDEN DEL NACIMIENTO (vivos, muertos y múltiples): 3
12. ATENCIÓN PRENATAL 12.1 ¿Recibió atención? SI	12.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: PRIMERO 12.3 Total de consultas recibidas: 5
13. ¿VIVE LA MADRE DEL(A) NACIDO(A) VIVO(A)? SI	13.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción:
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: SEGURO POPULAR	14.1 Número de seguridad social o afiliación:
15. ESCOLARIDAD: SECUNDARIA	15.1 La escolaridad seleccionada es: COMPLETA
16. OCUPACIÓN HABITUAL: HOGAR	16.1 Trabaja actualmente: NO APLICA

DATOS NACIDO VIVO Y NACIMIENTO

17. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO FECHA: [REDACTED] HORA: [REDACTED]	18. SEXO: HOMBRE	19. EDAD GESTACIONAL: 33 sems.
20. TALLA: 42 cms.	21. PESO AL NACER: 1790 grms.	22.1 APGAR 9 22.2 SILVERMAN: 1 23. TAMIZ AUDITIVO: NO
24. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 24.1 BCG: NO 24.2 HEPATITIS B: NO	24.3 VITAMINA A: NO	24.4 VITAMINA K: SI
25. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: UNICO	26. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: a) LABIO Y PALADAR HENDIDO b) NINGUNA	
27. RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO 27.1 Si la resolución fue Otro, Especifique:	27.1 Tipo de procedimiento: CESAREA	27.2 ¿Se usaron fórceps?
28. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: SECRETARIA DE SALUD	28.1 Nombre de la unidad: [REDACTED]	28.2 CLUES: ZSSSA012450
29. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: GINECO-OBSTETRA	30. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO	
30.1 Tipo de vialidad: AVENIDA	30.2 Nombre de vialidad: PROGRAMACION Y PRESUPUESTO	30.3 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
30.3 Núm. Exterior: 7 30.4 Núm. Interior: S/N	30.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA	30.6 Nombre del asentamiento humano: ZONA INDUSTRIAL
30.7 Localidad: [REDACTED]	30.8 Localidad: [REDACTED]	30.9 Municipio o delegación: [REDACTED]
30.10 Entidad federativa: [REDACTED]	30.10 Entidad federativa: [REDACTED]	30.7 Código Postal: 98600

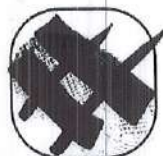
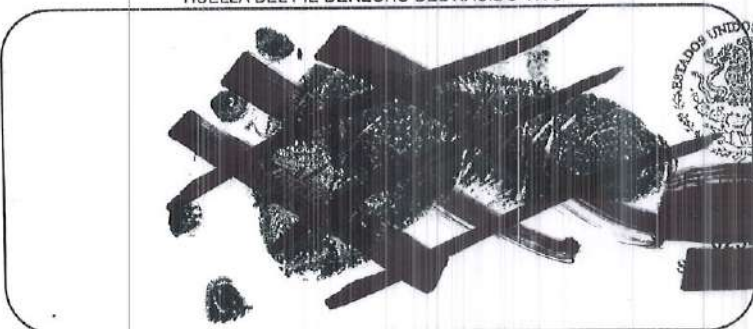
DATOS CERTIFICANTE

31. NOMBRE(S) [REDACTED] PRIMER APELLIDO: [REDACTED] SEGUNDO APELLIDO: [REDACTED]	
32. CERTIFICADO POR OTRO MEDICO Especifique: MEDICO GENERAL	
33. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO, N° DE CÉDULA PROFESIONAL [REDACTED]	
34. UNIDAD MÉDICA QUE PROPORCIONA EL CERTIFICADO SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA	
34.1 Nombre de la unidad médica: NO APLICA 34.2 CLUES: [REDACTED]	
35. DOMICILIO Y TELÉFONO 35.1 Tipo de vialidad: AVENIDA	35.2 Nombre de vialidad: [REDACTED]
35.3 Núm. Exterior: 7 35.4 Núm. Interior: S/N	35.5 Tipo de asentamiento humano: COLONIA
35.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED]	35.6 Nombre del asentamiento humano: [REDACTED]
35.7 Localidad: GUADALUPE	35.7 Código Postal: 98600
35.8 Localidad: [REDACTED]	35.8 Localidad: [REDACTED]
35.9 Entidad federativa: [REDACTED]	35.9 Municipio o delegación: [REDACTED]
35.10 Entidad federativa: [REDACTED]	35.10 Entidad federativa: [REDACTED]
35.11 Teléfono: [REDACTED]	35.11 Teléfono: [REDACTED]

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL NACIDO VIVO

HUELLA DACTILAR DE LA MADRE

CÓDIGO QR



HUELLA NO DIGITALIZADA



FIRMA DE LA MADRE

36. FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA DEL CERTIFICANTE

Jc5bRKYVklakrvDusM5l/CmFUFQ0P8xv+9YQUmPVNwesVJF1FY4CjvI76O2AZf16xS85pQEn2iMGloA1snq+qJCx9B8D8IKy4GXrep7DlCxlTL4ecDXabDGAZxyOTRF76EvlU56vEtLiGwC5/5EuXdx+JGdg3+X71DofqOPIOEJYOJYeKhC3QbtW3j9OcpJvFvs97u4B/B2ZiY6lZisE/bHQpy2z+YAbFmkuyOKdoJcIEXRYnuuEqFfosk5HJZ15Eq

CADENA ORIGINAL

[[69cb6c84-518b-452e-bb12-fec88fba37d]]12450E00008518[2015]XXXX999999XXXX999[LETICIA][LOPEZ][RAMIREZ][1985-05-18T12:00:00][2017-10-19T12:00:00][HOSPITAL DE LA MUJER][OIGB8010163V4][BRENDA][OLIVA][GALLARDO][2][5287633][2017-10-19T10:13:03]]

SELLO ELECTRÓNICO DE LA SECRETARÍA DE SALUD

muglms0MOTnPrS4CB507JXB9KYrIGWmJnYsK1SOV94/5y1u7NUIEslvpYVq3kOmXGILPsnSPCwDyLYJcGU0AGSY8W+FBdlu7KVaP+sVuEBgomiN6X7ybKsdlY9XdsY+grTuq[SOCWRDZ+sll0cTnbPuyPEOJGfxI4X2/61J8qh71M8xjuEVSv5U6VlbnG6JKMD14Ef2Cxstqtsw8MXhZ4fCWxlEKOZQEvdCen1ADbrtBNhhpMxPz73nHR

SELLO ELECTRÓNICO DE LA UNIDAD MÉDICA

FaUXN+RtgaM0lyRFxGRzQtNd8Ww8xU8f0QIC3YLobOom+M2B3X99LPalaUr9IEkuQPIjHzm9IRpHxrdle5vcuIPGOCNjMvXJhKfm9qm/En/6aNYa3WmUc6t3k9bCmQC4B4DKi2lu/cRPJxwZMlqv8jv8kdlpF3pRrdK2zGh++OKA6AMi5eu8TxaVkequGOFqovTdmVOSFa3IKKc3CKViyOcj2IM0x/UlyJbS4o/n43mthdeH7Ma1cpbg5blG6

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL. LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

COPIA PARA EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA MADRE

LA PLENA VALIDEZ DE ESTE DOCUMENTO DEBE VERIFICARSE EN EL SISTEMA IMPLEMENTADO PARA TAL FIN POR LA SECRETARÍA DE SALUD



ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
ESTADO DE SAN LUIS POTOSI  
Registro del Estado Civil



EN NOMBRE DEL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSI Y COMO OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL DE ESTE LUGAR, CERTIFICO: SER CIERTO QUE EN EL CUADERNO DE MATRIMONIOS CON FECHA [REDACTED] DEL REGISTRO CIVIL QUE ES A MI CARGO EN LA FOJA SE ENCUENTRA ASENTADA EL ACTA No. [REDACTED] LEVANTADA POR EL C. [REDACTED] OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL

EN LA CUAL SE CONTIENEN LOS SIGUIENTES DATOS  
**ACTA CERTIFICADA DE MATRIMONIO**  
DATOS DE LOS CONTRAYENTES

FECHA DE REGISTRO : [REDACTED] REGIMEN AL QUE ESTA SUJETO : [REDACTED]

EL CONTRAYENTE:  
NOMBRE : [REDACTED] EDAD : 19 AÑOS  
NACIONALIDAD : MEXICANA CRIP : [REDACTED]  
LUGAR DE NACIMIENTO : [REDACTED]

LA CONTRAYENTE:  
NOMBRE : [REDACTED] EDAD : [REDACTED]  
NACIONALIDAD : MEXICANA CRIP : [REDACTED]  
LUGAR DE NACIMIENTO : [REDACTED]

DATOS DE LOS PADRES DEL CONTRAYENTE

NOMBRE DEL PADRE : [REDACTED] NACIONALIDAD : MEXICANA  
NOMBRE DE LA MADRE : [REDACTED] NACIONALIDAD : MEXICANA

DATOS DE LOS PADRES DE LA CONTRAYENTE

NOMBRE DEL PADRE : [REDACTED] NACIONALIDAD : MEXICANA  
NOMBRE DE LA MADRE : [REDACTED] NACIONALIDAD : MEXICANA

PERSONA(S) QUE OTORGA(N) SU CONSENTIMIENTO :  
[REDACTED]

SE EXTIENDE ESTA CERTIFICACION CON FUNDAMENTO EN LOS ARTICULOS 466,467 Y 476 DEL CODIGO FAMILIAR VIGENTE EN EL ESTADO LIBRE Y SOBERANO DE SAN LUIS POTOSI, A LOS 08 DIAS DEL MES DE ENERO DEL AÑO 2018

EL C. OFICIAL 01 DEL REGISTRO CIVIL DOY FE

[REDACTED SIGNATURE]



OBSERVACIONES : LA PRESENTE ACTA CERTIFICADA SE SUSTENTA CON FUNDAMENTO EN EL ART. 29 FRACC. II, VII Y XVII DE LA LEY DEL REGISTRO CIVIL VIGENTE EN EL EDO; LO ANTERIOR POR EFECTO Y APLICACION DE LA RECIENTE VIGENCIA DE LA LEY EN CITA Y OBS. GRAL.

COSTO: \$53.00



ELABORO: BGD SALINAS

10220323

**AVISO RECIBO**



**Comisión Federal de Electricidad**

Av. Paseo de la Reforma Núm. 164, Col. Juárez, Ciudad de México C.P. 06600.  
RFC: CSS160330CP7

CFE SUMINISTRADOR DE SERVICIOS BÁSICOS

Nombre y Domicilio

[Redacted Name and Address]

Total a pagar del periodo facturado

**\$201.00**

(DOSCIENTOS UN PESOS 00/100 M.N.)

Número de servicio

**125 080 855 696**

Fecha límite de pago

**30 OCT 17**

Información importante

Corte a partir de 31 OCT 17.  
Su consumo de energía eléctrica está dentro del rango de consumo INTERMEDIO, que es mayor a 150 y menor a 280 kWh bimestrales.

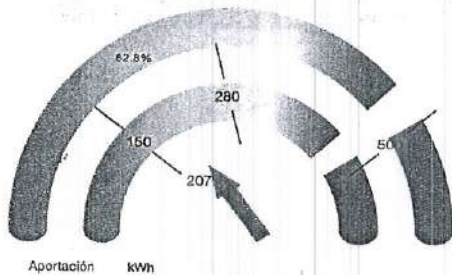
Cuenta	Uso	Tarifa	Hilos
24DP58D152410250	Doméstico	01	1

Medición de consumo				
Num. de Medidor	Lectura actual	Lectura anterior	Mult.	Consumo kWh
63WA62	08875	08668	1	207

Apoyo gubernamental	
Costo de producción	\$1,007.90
Aportación Gubernamental	\$834.46

Periodo Consumo	Días	Promedio Diario en kWh	Promedio Diario en \$
15 AGO 17 AL 16 OCT 17	62	3.33	3.24

Facturación			
Concepto	kWh	Precio	Subtotal
Básico	150	0.793	118.95
Intermedio	57	0.956	54.49
Suma	207		173.44



La gráfica tiene dos indicadores, el de abajo es tu consumo de energía y el de arriba es el porcentaje de la aportación gubernamental aplicada a tu recibo

Importe de la facturación	
Energía	173.44
IVA 16%	27.75
Fac. del Periodo	201.19
Adeudo Anterior	206.06
Su Pago	-206.00
<b>Total</b>	<b>\$201.25</b>



**¡CUIDADO!**  
QUE NO TE SORPRENDAN



CFE NUNCA OFRECE DESCUENTOS EN EL PAGO DE TU RECIBO DE LUZ.

Fecha, hora y lugar de impresión: 18 OCT 17 01:18:48 hrs. ExpedidoEnCalle ExpedidoEnNoExt. ExpedidoEnNoInt. ExpedidoEnCol. ExpedidoEnLoc.  
ExpedidoEnMpio. ExpedidoEnEco. ExpedidoEnPaís. ExpedidoEnCP. 125080855696

