



Alcaldía Municipal  
de Palmira  
Nit: 891.380.007-3

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD

FORMATO: LICENCIA DE INHUMACIÓN, CREMACIÓN O TRASLADO

MSAFO-060  
Versión.03  
18/03/2025

Página 1 de 2

LICENCIA DE INHUMACIÓN O CREMACIÓN			
<u>DISTRIBUCIÓN GRATUITA, PROHIBIDA SU VENTA</u>			FECHA Y HORA DE EXPEDICIÓN
COD POSTAL: 763533	No	<u>1463</u>	<u>09/06/2025 10:28</u>
LUGAR DE EXPEDICIÓN:			NOMBRE DEL SOLICITANTE
DEPARTAMENTO	<u>VALLE DEL CAUCA</u>		APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
MUNICIPIO	<u>PALMIRA</u>		<u>RIOS VALENCIA CAROLINA</u>
INSPECCIÓN, CORREGIMIENTO O CASERÍO			SEXO
NOMBRE DEL FALLECIDO			<u>Masculino</u>
1 APELLIDO <b>FAJARDO</b>	2 APELLIDO <b>ACOSTA</b>	NOMBRE(S) <b>MIGUEL</b>	PROBABLE MANERA DE MUERTE <b>Natural</b>
FECHA DE FALLECIMIENTO	<u>07/06/2025</u>	SEGÚN CERTIFICADO No.	<u>25068820136823</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		EDAD	<u>17</u>
TIPO	<b>TI (Tarjeta de Identidad)</b>	No	<b>1107849452</b>
Cremación		FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EXPIDE LA LICENCIA - Apellido(s) y Nombre(s)   <b>CADENA BASTIDAS DEISY ANDREA - N° CC 30.039.535</b>	
RESOLUCIÓN NÚMERO 5194 DE 2010. EL ADMINISTRADOR DEL CEMENTERIO NO PERMITIRÁ LA INHUMACIÓN O CREMACIÓN DE CADÁVERES SIN ESTA LICENCIA QUE DEBERÁ CONSERVARSE CUIDADOSAMENTE EN EL ARCHIVO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL CEMENTERIO			

# AUTORIZACIÓN PARA CREMACIÓN

Fecha: 09-06-25

Consecutivo No.

18165

Señores:  
SALUD PÚBLICA MUNICIPAL  
La Ciudad  
Ref.: Autorización para Cremación

Yo, MARIA JOSE AGOSTA identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 66960752 de CALI en representación de toda la familia, autorizo que el cuerpo de MIGUEL FAJARDO AGOSTA (Q.E.P.D) sea cremado en el horno crematorio del camposanto LOS OLIVOS.

De igual manera autorizo a Sercofun Ltda Funerales Los Olivos, para disponer de las cenizas de mi ser querido si estas no son reclamadas en un tiempo máximo de 60 días calendario.

Su ser querido tiene algunos de los siguientes elementos:

Marcapasos  Pilas  Prótesis  Platinas o algún cuerpo extraño para retirar  Ninguno de los anteriores

Atentamente,

Hermana de la fallecida

Firma: \_\_\_\_\_ C.C. 66960752 C.C. 66960752

Nombre: MARIA JOSE AGOSTA Nombre: JUAN F. FAJARDO

Afinidad con el fallecido: Madre Afinidad con el fallecido: PADRE

Dirección: 20ra 115 #20-61 Dirección: CR 115 # 20-61

Teléfono: 2315 459 4235

Teléfono: 317372 9673

CR-FT-3 v1

Firma: \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

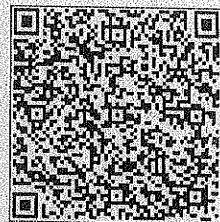
Nombre: \_\_\_\_\_

Afinidad con el fallecido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

25068820136823

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto, su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

## LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

País <b>COLOMBIA</b>	Departamento <b>VALLE DEL CAUCA</b>	Municipio <b>CALI</b>
-------------------------	--	--------------------------

## ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Área <b>Cabecera Municipal</b>	Centro Poblado (inspección, corregimiento o caserío)
-----------------------------------	--

## TIPO DE DEFUNCIÓN

No fatal	FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año - Mes - Día <b>2025-06-07</b>	HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora - Minutos <b>04:30:00</b>
----------	---	---

## SEXO DEL FALLECIDO

Masculino	IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO Tipo de documento <b>Tarjeta de identidad</b>	Número de documento <b>1107849452</b>
-----------	--	--

## APELIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido <b>FAJARDO</b>	Segundo apellido <b>ACOSTA</b>	Primer nombre <b>MIGUEL</b>	Segundo nombre
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	----------------

## PROBABLE MANERA DE MUERTE

Natural	DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO Pertenencia étnica <b>Ninguno de los anteriores</b>	¿A cuál pueblo indígena pertenece?
---------	---	------------------------------------

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

## IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR

Tipo de documento <b>Cédula de ciudadanía</b>	Número de documento <b>38669312</b>
--	--

## APELIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido <b>NUÑEZ</b>	Segundo apellido <b>RAMIREZ</b>	Primer nombre <b>YOHANA</b>	Segundo nombre
---------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	----------------

## PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Médico	REGISTRO PROFESIONAL <b>38669312</b>
--------	---

## LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento <b>VALLE DEL CAUCA</b>	Municipio <b>CALI</b>
--	--------------------------

## FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Año - Mes - Día <b>2025-06-07</b>	FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
--------------------------------------	---------------------------------------

Dr. Johane Nuñez Ramirez  
Médico General  
C.U.I.: 762641

Código verificación: 1760-5E1A-9590-B056

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.107.849.452

FAJARDO ACOSTA

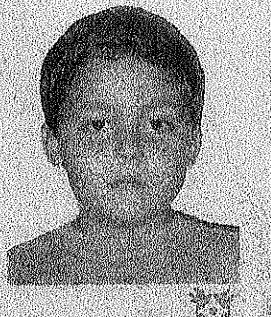
APELLIDOS

MIGUEL

NOMBRES

MIGUEL

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 24-SEP-2007

CALI  
(VALLE)  
LUGAR DE NACIMIENTO

24-SEP-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

G S RH

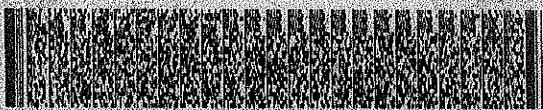
M

SEXO

22-NOV-2014 CALI  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Susana Sanchez*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ANSEL RANCHEZ TORRES

INDICE DE FECHO

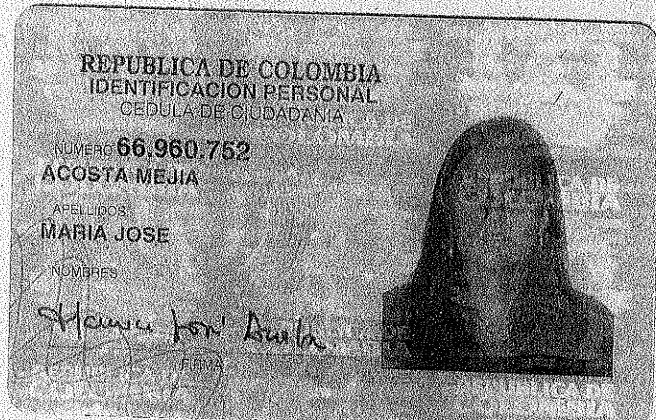


P-3100100-00721302-M-1107849452-20150713 0044913787A3 2703162234



FECHA DE NACIMIENTO **18-ENE-1975**  
  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**CALI (VALLE)**  
ESTATURA **1.75** A+ M  
SEXO  
G.S. RH  
30-ENE-1993 CALI  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION   
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABATRIZ RENFIDO LOPEZ

A-3100100-65129993-M-009418905-20050128 02626 05027N 02 161414982



FECHA DE NACIMIENTO **20-MAY-1976**  
  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**TULUA (VALLE)**  
ESTATURA **1.57** A- F  
SEXO  
G.S. RH  
20-JUN-1994 CALI  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION   
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

A-3100150-00208127-F-0066960752-20100107 0019730444A 1 2810591822

Información básica del paciente y la atención

Plan:

**POLIZA**

Miguel Fajardo Acosta

Identificación  
TI 1107849452      Fecha de nacimiento  
24-09-2007      Edad en la atención  
17 años, 8 meses(Adolescencia)      Sexo  
Masculino

Tipo de afiliación  
**POLIZA**  
Teléfono fijo  
3154594235  
Estado civil  
Escolaridad  
No definido  
País de nacimiento

Departamento  
**ANTIOQUIA**  
Otro teléfono fijo  
3154594235  
Ocupación

Municipio  
**MEDELLIN**  
Extensión  
No tiene  
Identidad de género  
Hombre  
Raza  
Otro

Tipos de zona

Departamento de nacimiento

Ciudad de nacimiento

Dirección  
CR 121 # 18 81 APTO 203 D  
Correo electrónico  
marlajo11@hotmail.com  
Grupo Poblacional  
Población general, X  
Orientación sexual

Responsable

Nombre responsable  
Teléfono responsable  
María José Acosta  
3154594235

Parentesco  
Celular responsable  
Madre  
3154594235

Acompañante

Viene con acompañante  
Sí

Datos del Acompañante

Nombre Acompañante  
Teléfono Acompañante  
Maria José Acosta  
3154594235

Parentesco acompañante  
Madre

Motivo de Consulta

CONTROL PROGRAMA PALIATIVO, ZONA SUR, DIRECCIÓN: CARRERA 115 #20-61, CASAS DEL ALFÉREZ 3, CASA 9, BARRIO CIUDAD JARDÍN, REMITEN DE CLÍNICA IMBANACO, DIAGNÓSTICO DE MÚLTIPLES (#8) LESIONES INTRACEREBRALES CON ALTA SOSPECHA DE RECAÍDA DE T. GERMINAL NO GERMINOMÁTOSO VS GLIOMA ALTO GRADO ??? (RMN 12 DE ABRIL 2025).

Enfermedad actual

Enfermedad Actual



Municipio  
Santiago de Cali

ALCALDIA DE SANTIAGO DE CALI  
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL DE CALI  
OFICINA DE LICENCIAS DE INHUMACION

HACE CONSTAR

LICENCIA No.: 9425

CERTIFICADO No.

25068820136823

QUE SE HAN LLENADO TODOS LOS TRAMITES INDISPENSABLES  
PARA TRASLADAR EL CUERPO DE:

FAJARDO

PRIMER APELLIDO

ACOSTA

SEGUNDO APELLIDO

MIGUEL

NOMBRE

DOCUMENTO IDENTIFICACION No.: jeta Identic 1107849452

FALLECIO: 07/06/2025

HORA: 4:30

(dia/mes/año)

EL CADAVER ES TRANSPORTADO POR VIA: TERRESTRE A: TRASLADOS A OTROS MUNICIPIO

A.- EN EL VEHICULO IDENTIFICADO DE LA SIGUIENTE MANERA:

TIPO DE VEHICULO: CAMIONETA MODELO: 2010 PLACA: CWS321 COLOR: NEGRO

CONDUCIDO POR: PEÑA  ARBEY NOMBRE:

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE DEL TRAMITADOR DE LA FUNERARIA: MURILLO MURGUEITIO CARLOS ANDRES

LA MUERTE FUE CERTIFICADA POR EL DOCTOR: NUÑEZ RAMIREZ JOHANA

TARJETA PROFESIONAL No.: 762662/10 Prob Manera de Muerte: Natural

FIRMADO EN SANTIAGO DE CALI EL (dia/mes/año): 08/06/2025

Ciudad: PALMIRA Luis Carlos Loaiza

FUNCIONARIO QUE AUTORIZA EL TRASLADO