



TRASLADO DE CADAVERES

Código: F-DS-7200-238.37-023

Versión: 1.0

Página 1 de 1

CIUDAD \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Señores  
SECRETARÍA DE SALUD Y AMBIENTE  
Bucaramanga

Por medio de la presente solicito autorización para la EXHUMACION\_\_\_\_, TRANSPORTE DE CADAVERES\_\_RESTOS\_\_Y/O CENIZAS\_\_\_\_, según los datos consignados a continuación:

Yo \_\_\_\_\_ con C.C. N° \_\_\_\_\_

De \_\_\_\_\_

Residenciado en la \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En mi calidad de \_\_\_\_\_ del fallecido \_\_\_\_\_

El procedimiento se llevará a cabo en el cementerio \_\_\_\_\_

Trasladado a \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_

Destino final: Osario \_\_\_\_\_ Cremación \_\_\_\_\_ Cenizario \_\_\_\_\_

Fecha de expedición día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante.

\_\_\_\_\_  
Firma

C.C.No.

Normatividad (Ley 9 de 1979 art. 535; Resolución 1447 de 2009 art. 39; Resolución 5194 de 2010, art 19).