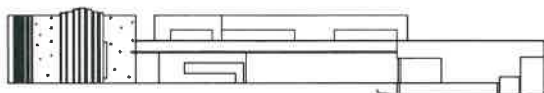




APÓSTOL
FUNERARIA | TANATORIO



SOLICITUD DE INCINERACIÓN

En Santiago, a 21 de agosto de 2025

Don/Doña María Teresa Fraga Seoane, con DNI 33260114K y domicilio en Rúa Vista Alegre, 35 - Santiago de Compostela en su condición de Esposa de MIGUEL CORTÉS HERNÁNDEZ,

SOLICITO

La INCINERACIÓN, que se efectuará a las 20:00 horas del día 22 de agosto de 2025, en CREMATORIO APÓSTOL SANTIAGO en Rúa Boisaca, 11 - Santiago de Compostela, de los restos mortales de MIGUEL CORTÉS HERNÁNDEZ fallecido en Las Palmas de Gran Canaria a las 01:37 horas del día 19 de agosto de 2025; la cual se realizará en FÉRETRO BIODEGRADABLE.

MANIFIESTO

1. Que como representante legal del fallecido, o en su caso contando con autorización del resto de los familiares, eximiendo a esta mercantil FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L., de cualquier responsabilidad frente a cualquier reclamación.

2. Introducción.

- ☐ SI PRESENCIAREMOS la introducción de los restos mortales.
- ☐ NO PRESENCIAREMOS la introducción de los restos mortales.

3. Dispositivos.

- ☐ ES PORTADOR de MARCAPASOS o dispositivo a batería/pilas.
- ☐ NO ES PORTADOR de MARCAPASOS o dispositivo a batería/pilas.

Y para que así conste, firmo el presente en el lugar y fecha del encabezado.

Fdo.: María Teresa Fraga Seoane
DNI: 33260114K

PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 y con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO. Identidad: FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO SL CIF: B15657901 Dirección: RÚA BOISACA Nº 11 CP15890-SANTIAGO DE COMPOSTELA E-Mail: info@funeraria-apostol.com.

BASE LEGAL. En cumplimiento del artículo 6 del Reglamento (UE) 2016/679 FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO SL le solicita su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales informándole que dicho tratamiento tiene su base legal en el contrato de prestación de servicios que une a ambas partes.

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO. En cumplimiento del artículo 13 del Reglamento Europeo de Protección de Datos, le informamos de que los datos serán incluidos en el sistema de tratamiento CLIENTES siendo la finalidad gestionar los datos de los clientes, emitir facturas así como llevar a cabo la gestión económica contable, la gestión administrativa de cobros y pagos y el histórico de relaciones comerciales.

CESIONES DE DATOS. Sus datos podrán ser cedidos al registro civil, al ayuntamiento, al médico de guardia, administración pública con competencia en la materia y a la administración tributaria por imperativo legal, a bancos y entidades financieras para la domiciliación de pagos y a entidades aseguradoras, sacerdotes, medios de comunicación y todas aquellas organizaciones que sean precisas para cumplir con los trámites necesarios para la correcta prestación de nuestros servicios.

PERIODOS DE CONSERVACIÓN. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la ejecución del presente contrato de prestación de servicios o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y atender las posibles responsabilidades que pudieran derivar del cumplimiento de la finalidad para la que los datos fueron recabados.

EJERCICIO DE DERECHOS. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de datos y oposición y limitación a su tratamiento mediante escrito dirigido a FUNERARIA-TANATORIO APOSTOL SANTIAGO SL. RÚA BOISACA Nº 11 CP15890-SANTIAGO DE COMPOSTELA acompañando fotocopia de DNI o en su defecto documento que acredite su debida identidad o bien con carácter previo a tal actuación solicitar con las mismas señas que le sean remitidos los impresos que el responsable del tratamiento dispone a tal efecto. Podrá contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la Dirección lopd@megamailconsultores.es.

DERECHO A RECLAMAR. Si considera que no ha obtenido satisfacción plena en el ejercicio de sus derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad nacional de control dirigiéndose a estos efectos a la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan, 6 – 28001 Madrid.

Asimismo, con la firma este documento, nos autoriza a publicar una esquila con sus datos identificativos, los del difunto y los de aquellos familiares directos que nos haya facilitado con la finalidad de distribuirlos a medios digitales o escritos, en nuestra página web y en medios radiofónicos para dar a conocer el acto luctuoso y el lugar y la hora de celebración. Los datos serán conservados durante el tiempo necesario para la difusión del sepelio y sólo serán cedidos a los medios de comunicación encargados de la publicación.

FDO. Cliente



ES IMPRESCINDIBLE LA PRESENTACIÓN DEL D.N.I. DEL FALLECIDO Y DEL SOLICITANTE/REPRESENTANTE, COPIA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE ENTERRAMIENTO ORIGINAL.



https://certificados.cgcom.es

RMSQRYGW9N

Id. Electrónico

Colegio de

médicos
COLEGIO
LAS PALMAS

700021258

Nº Certificado

D. / Dña. ADRIÁN HERNÁNDEZ CONCEPCIÓN
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, con el número 35 39 09 374
y con ejercicio profesional en LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

CERTIFICO la defunción de

Nombre del fallecido/a: MIGUEL

1º Apellido del fallecido/a: CORTES

2º Apellido del fallecido/a: HERNÁNDEZ

Fecha de nacimiento Día 23 Mes 11 Año 1985 Sexo: Varón ☒ Mujer

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 11408664-V
☐ Pasaporte Número: ---
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: ---

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 01:37 Día 19 Mes 08 Año 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☒ Residencia socio-sanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2)

Intervalo de tiempo aproximado

I. Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
ACTIVIDAD ELÉCTRICA SIN PULSO

Debido a

Causas intermedias³

(b) NEUMONITIS BILATERAL

Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴

(d) ADENOCARCINOMA PULMON

II. Otros procesos⁵

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta?

Sí No ☒

¿Se practicó autopsia clínica?

Sí No ☒

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?:

Accidente de tráfico No ☒ Sí Accidente laboral No ☒ Sí

Fecha del mismo: Día Mes Año

Continúa al reverso

¿Existen riesgos infecciosos?

Sí ☐

No ☒

Enfermedad infecciosa _____

Grupo: I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?

Sí ☒

No ☐

Incineración condicionada por:

☐

Retirada de Marcapasos

☐

Tratamiento con Isótopos Radioactivos

☐

Existencia de prótesis

En LAS ALAMBRAS, a 14 de AGOSTO de 2023

Firma del médico

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa inmediata** y se termine por la causa **inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "**debido a**" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual al I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días

4 5
Horas Días Meses Años

I

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral

debido a

3

Horas Días Meses Años

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial

debido a

2

Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a

2

Horas Días Meses Años

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

5

Horas Días Meses Años

II

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes

1 0

Horas Días Meses Años

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas y/o siglas.

3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.

4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.

5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.



LICENCIA DE ENTERRAMIENTO / INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA
EXPEDIENTE Nº 20250821/004391 SOBRE DEFUNCIÓN.

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª MIGUEL CORTÉS HERNÁNDEZ con Documento Identificativo DNI y Nº 11408684V, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día 19 de AGOSTO de 2025, a las 01:37 horas, acaecida en HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR NEGRÍN;

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incinerar el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran veinticuatro horas desde el fallecimiento.

En Palmas de Gran Canaria, Las a 21 de AGOSTO de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
21/08/2025 12:01	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO



RG:PvMP-UAbJ-VpuE-HpmJ

**CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA Y
EMBALSAMAMIENTO EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS.**

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: MEMORA SEVICIOS FUNERARIOS S.L.U. C.I.F.: B-85012441
N.º de inscripción en el registro: Tomo 43008 Folio 96 hoja B-417-548
Nombre, apellidos y n.º de DNI del Representante legal: PABLO GONZALEZ DIAZ D.N.I.: 42843088-E

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: TANATORIO CREMATARIO
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: MEMORA SERVICIOS FUNERARIOS, S.L.U.
Ubicación del establecimiento: C/ ARGINEGUIN N.º 24 LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. LAS PALMAS

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre, apellidos y n.º del DNI del profesional que realiza la técnica: CRISTINA DE JESUS SANLES SUAREZ D.N.I. 42261683-B
Titulación: CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD, S.A.M.P.O.108 N.º A-073702 (TANATOPRAXIA). REGULADO SEGÚN
DECRETO 1535/2011, 31 DE OCTUBRE

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre, apellidos y N.º del DNI/Pasaporte/N.I.E.: MIGUEL CORTES HERNANDEZ DNI: 11408684V
Sexo: HOMBRE Edad: 59
Fecha, hora y lugar del fallecimiento: 19/08/2025 A LAS 01:37H EN EL HOSPITAL DOCTOR NEGRIN, LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA, LAS PALMAS.
Grupo/Causa: Grupo 2 / INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, ADENOCARCINOMA DE PULMON.
Destino final: INCINERACION CREMATARIO COMPLEJO FUNERARIO APOSTOL SANTIAGO, A CORUÑA.

Práctica realizada:

- | | |
|--|---|
| ☐ Conservación transitoria: | ☐ Refrigeración. |
| | ☐ Congelación. |
| | ☐ Otros (descripción): |
| ☒ Embalsamamiento. | |

Técnica utilizada (descripción):

TRAS LAVADO Y DESINFECCIÓN DEL CUERPO SE PROCEDE A LA INYECCIÓN ARTERIAL, 6 LITROS DE SOLUCIÓN CONSERVANTE.
SE PROCEDE A LA ASPIRACIÓN DE LÍQUIDO. SE SUTURA LAS INCISIONES Y TRAS TAPONAMIENTO DE ORIFICIOS.
EL CADÁVER SE DEPOSITA EN UN SUDARIO NO+ ZINC, CON FILTRO DEPURADOR DE GASES Y POSTERIORMENTE EN UN FÉRETRO DE LAS CARACTERÍSTICAS SEÑALADAS EN EL ARTÍCULO 40 DEL DECRETO 2262/1974, DE 20 DE JULIO.

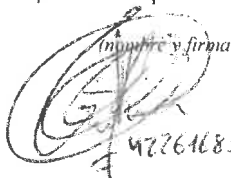
Producto utilizado (identificación): **PLASDO-25+AGUA**

El representante legal del prestador de servicios funerarios y el profesional, arriba reseñados, declaran haber realizado la técnica descrita en la persona fallecida identificada.

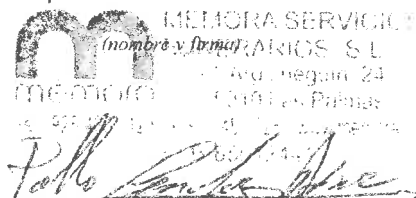
El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Decreto 132/2014, de 29 de diciembre, de Sanidad Mortuoria.

Localidad, fecha y hora: Las Palmas de G.C. 21 de agosto de 2025 a las 12:00 h.

El profesional que realiza la técnica:


(nombre y firma)
42261683 B

El prestador de servicios funerarios:


(nombre y firma)
MEMORA SERVICIOS
FUNERARIOS S.L.
C/ Argineguin 24
35011 Las Palmas
de Gran Canaria

