

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: **MARTHA ISABEL VÉLEZ GONZÁLEZ**  
Fecha de fallecimiento: **27 - JULIO - 2024**  
Domicilio: **H. CONCHO / MAGUACANA, 18 P. 2A - MILUABO (CHICLÁN)**  
Teléfonos: **691 467 967** (Móvil) **652 227 913** (Fijo)  
E-mail: **18956**  
**ST-269**  
**SC-234**  
**ASISIR**  
**04/02/2024 20:08:03**  
**02.63175486**

| CONCEPTOS                                                                                                                                                                          |                                                                                 | Servicio prestado                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Arca modelo                                                                                                                                                                        | C-0                                                                             | Medida 19                                                      |
| Capilla ardiente                                                                                                                                                                   | <del>SACA CERAMITAS</del> Sala Prep.                                            | Libro <u>NO</u>                                                |
| Gestión funeraria                                                                                                                                                                  | Si <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tramitación UUV |                                                                |
| Carroza traslado                                                                                                                                                                   | <del>HOSPITAL COMPLEJO</del>                                                    |                                                                |
| Prensa                                                                                                                                                                             | NO                                                                              |                                                                |
| Radio                                                                                                                                                                              | NO                                                                              |                                                                |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas                                                                                                                                                  | <del>X</del> 20                                                                 |                                                                |
| Ómnibus acompañamiento                                                                                                                                                             |                                                                                 |                                                                |
| Turismo                                                                                                                                                                            | id. <del>Recepción 11:25 S. Leticia</del>                                       |                                                                |
| Certificado médico                                                                                                                                                                 | <del>X</del> Si                                                                 | Registro Civil <del>X</del> Santiago                           |
| Carroza                                                                                                                                                                            | Personal                                                                        |                                                                |
| Ayunt.º: Sepultura                                                                                                                                                                 | <del>NICHO ALBUQUER AMES?</del> ¿Columbario Tullodein?                          |                                                                |
| Iglesia                                                                                                                                                                            | <del>X</del> CAPILLA COMPLETO                                                   |                                                                |
| Incineración                                                                                                                                                                       | <del>X</del> Si                                                                 | Urna: <del>MARIPOSA ROSA</del> 298                             |
| Presencia                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                         | Destino: <u>LUNES 29 A LAS 11:00 CENTAS + FLORES A MINUERO</u> |
| Cantores                                                                                                                                                                           | <del>NO</del>                                                                   | Funera: <del>X</del> S. VENTURA                                |
| Flores                                                                                                                                                                             | <del>X</del> CORONA P.R. "TUS HIJOS DE MARCELA"                                 |                                                                |
|                                                                                                                                                                                    | <del>X</del> CORONA R.B. "TU FAMILIA"                                           |                                                                |
|                                                                                                                                                                                    | <del>X</del> CENTRO I.B.R.B. "TUS NIETOS"                                       |                                                                |
|                                                                                                                                                                                    | <del>X</del> (CEN. C.Y.) "MAMÁ Y HIGUILLAS"                                     |                                                                |
|                                                                                                                                                                                    | <del>X</del> (FAMILIA) 18.R.R. "MAMÁ Y HIGUILLAS"                               |                                                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubrefúntos <input checked="" type="checkbox"/> Acondicionamiento <input checked="" type="checkbox"/> Rosario |                                                                                 |                                                                |

|                                                                     |                              |                              |               |           |                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|---------------|-----------|-----------------------------------------------|-----------|
| FALLECIDO:                                                          | Nombre                       | MARTHA ISABEL VÉLEZ GONZÁLEZ |               | PASAPORTE | D.N.I. N°                                     | AR 295374 |
|                                                                     | id. de los padres            | JUAN Y NIDIA                 |               |           |                                               |           |
|                                                                     | Naturaleza                   | TULUA (COLOMBIA)             |               | Provincia |                                               |           |
|                                                                     | Día, mes y año de nacimiento | 19- MAYO - 1973              |               |           |                                               |           |
|                                                                     | Profesión                    | Estado                       | SOCTERA       | Domicilio | R/ MAGDALENA, 18 - PT 2°A<br>MILLASIRO - AMES |           |
| Fallecimiento:                                                      | Fecha:                       | 09:43                        | horas del día | 27        | de                                            | JULIO     |
|                                                                     | Domicilio                    | H. CONYO                     |               |           |                                               |           |
|                                                                     | Cementerio                   | Ayunt.º                      |               |           |                                               |           |
| Cónyuge:                                                            | Nombre                       |                              |               |           |                                               |           |
| LIBRO DE FAMILIA ..... Tomo .....; Página .....                     |                              |                              |               |           |                                               |           |
| DECLARANTE D. .... ( ..... ) D.N.I. ....                            |                              |                              |               |           |                                               |           |
| domiciliado en .....                                                |                              |                              |               |           |                                               |           |
| L SEÑOR                                                             |                              |                              |               |           |                                               |           |
| D/ña. ....                                                          |                              |                              |               |           |                                               |           |
| falleció en ..... en el día de ..... a los ..... años               |                              |                              |               |           |                                               |           |
| confortado con los Auxilios Espirituales .....                      |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Su esposo/a .....                                                   |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Hijos .....                                                         |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Hijos políticos .....                                               |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Padres .....                                                        |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Abuelos .....                                                       |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Padres políticos .....                                              |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Hermanos .....                                                      |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Hermanos políticos .....                                            |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Nietos ..... Bisnietos ..... Tios ..... Sobrinos ..... Primos ..... |                              |                              |               |           |                                               |           |
| y demás familia.- Conducción .....                                  |                              |                              |               |           |                                               |           |
| Funerales .....                                                     |                              |                              |               |           |                                               |           |
| en la iglesia de .....                                              |                              |                              |               |           |                                               |           |
| CASA MORTUORIA: .....                                               |                              |                              |               |           |                                               |           |
| (SI / NO) SE RECIBE DUELO .....                                     |                              |                              |               |           |                                               |           |

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

**PASAPORTE**  
**PASSPORT**



A 2506374

North central Wales

# ESPAÑA



**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**



3435

781888

EQUIPO: EQUIPO  
15771601

HIJO/A DE / FILLO/A DE  
JUAN / NIDIA

IDESPBAF198888251273885P<<<<<  
7903111F2510309ESP<<<<<<<<<0  
VELEZ<GONZALEZ<<ALEJANDRA<MARI

# SOLICITANTE





Colegio de



Colegio de

105580486

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. CANDELA FERNÁNDEZ REINO

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

Colegio actual  
Colegio actualNº de colegiado/a  
Nº de colegiado/a

151513963

1ª colegiación  
1ª colegiación

## CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

MARTHA ISABEL

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

VELEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

GONZALEZ

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 19

Mes 05

Año 1973

Sexo:

Varón

Mujer

Muller

Documento  
de identidad:☐

D.N.I.

Número:

D.N.I.

Número:

Documento  
de identidad:☒

Pasaporte

Número:

Pasaporte

Número:

A2295374

☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

09:43

Día 27

Día

Mes 07

Mes

Año 2024

Año

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción?: SANTIAGO DE COMPOSTELA

Domicilio particular  
Domicilio particularCentro hospitalario  
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria  
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo  
Lugar de traballoOtro lugar  
Outro lugar

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucións na páxina 2)

Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tempo aproximado<sup>1</sup>I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>

(a) FALLO MULTIORGÁNICO

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>

(b) OCLUSIÓN INTESTINAL

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial ou fundamental<sup>4</sup>

(d) CARCINOMA DE CERVIX ESTADIO IV

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos<sup>5</sup> / Outros procesos<sup>5</sup>

Horas Días Meses Años

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

No/Non

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:

Accidente de tráfico  
Accidente de tráficoNo/Non  
Sí/SíAccidente laboral  
Accidente laboralNo/Non  
Sí/SíFecha del mismo:  
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso  
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineración condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos  
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento con isótopos radioactivos  
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En Santiago, a 27 de julio de 2027

Firma del médico  
Sinatura do 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 a 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

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

#### 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### 4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anota 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

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

#### 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

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

#### Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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.

### Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dizer, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras "**debido a**" que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunção.

**Causa básica de defunción:** "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".

#### 1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunção, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

#### 2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Ejemplo: (a) Hemorraxia cerebral debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### 3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

#### 4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anótase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

#### 5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabetes

Horas ☐ ☐ Días ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

#### Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepárase claramente por comas.
- Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.



## Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

## Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

## Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

## Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estender a inscrición e antes ou despois de estendida.

## LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago de Compostela  
Téndose inscrito no Rexistro Civil de MARTHA ISABEL VÉLEZ GONZÁLEZ  
la defunción de don/a MARTHA ISABEL VÉLEZ GONZÁLEZ  
a defunción de don/a 09:43  
ocurrida a las 09:43  
ocurrida ás 09:43

horas del día 27  
horas do día 27  
de julio de 2024  
de julio de 2024

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento: do falecemento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as sean las doce ~~veinticuatro~~ horas siguientes a la del fallecimiento. vintecatro horas do falecemento

Registro Civil de Santiago de Compostela  
Rexistro Civil de Santiago de Compostela

A 27 de julio  
O 27 de julio  
de 2024  
de 2024

(LA)  
(El Juez)  
(El Juez)  
LAX

Antía Alvaredo Arias



