

OTROS CONCEPTOS

**215** (Solicitante)  
CENTRO 18 ROSAS/ROJAS 88€ FAMILIA •  
"TU HERTANA MARI, ESPOSO ~~X~~ ~~HITOS~~"  
CENTRO (Var.) **PAGADO** ANULAS DE EVA CPV • **5233**  
CENTRO **PAGADO** Anillo Cris, Poco y Hile. (TTC) **5284**  
4090.1323.7972.5355 - 12/30 649.583340, Poco

2. CORONAS (Cambio 3 centros) + Recordatorios +  
CORREO 3 (Cambio 2 + 1 Radio) + 4. Taxi + Cremación  
+ Servicio religioso

**215** **Web** **SF: 108** **ST: 75** **SO: 48**  
FALLECIDO: ALFONSO ANGEL JIMENEZ DEL ROSAL  
Fecha de fallecimiento 9 DE FEBRERO DE 2025  
Domicilio RUA JUNCAL, 9-1-B-SIGÜEIRO  
Teléfonos: 615277489 Jolia E-mail: **OCASO SILVA**  
196100 bsr  
01202520996490 159 0061

| CONCEPTOS                                                                                                                                                                 |                                           | Servicio prestado                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| Arca modelo <b>O (CERRADA)</b>                                                                                                                                            | Medida <b>1,90 813<sup>57</sup></b>       | <b>611<sup>50</sup></b>                |
| Capilla ardiente <b>TOURAL</b>                                                                                                                                            | Sala Prep. <b>si</b> Libro <b>X si</b>    | <b>640 54 28<sup>25</sup></b>          |
| Gestión funeraria <b>si</b>                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Tramitación UUVV | <b>173</b>                             |
| Carroza traslado <b>HOSPITAL AL COMPLEJO</b>                                                                                                                              |                                           | <b>107</b>                             |
| <b>LUNES</b>                                                                                                                                                              |                                           |                                        |
| <b>16:00</b> Prensa <b>X CORREO 2</b>                                                                                                                                     |                                           |                                        |
| Radio <b>X LUNES</b>                                                                                                                                                      |                                           |                                        |
| Recordatorios fúnebres / tarjetas <b>X 50 (Familia)</b>                                                                                                                   |                                           |                                        |
| Ómnibus acompañamiento <b>NO</b>                                                                                                                                          |                                           |                                        |
| Turismo <b>1 B. nuevo</b>                                                                                                                                                 | Id. <b>RECGEREN CASA 15:40 H.</b>         | <b>46</b>                              |
| Certificado médico <b>X si</b>                                                                                                                                            | Registro Civil <b>X SANTIAGO</b>          | <b>3</b>                               |
| Carroza                                                                                                                                                                   | Personal                                  | <b>129<sup>50</sup></b>                |
| Ayunt.º: Sepultura <b>FAMILIA (Cementerio Municipal)</b>                                                                                                                  |                                           |                                        |
| Iglesia <b>CAPILLA COMPLEJO</b>                                                                                                                                           |                                           | <b>151</b>                             |
| Incineración <b>si</b>                                                                                                                                                    | Urna: <b>si SARGO DELAS RIBAS</b>         | <b>174</b>                             |
| Presencian <b>X si</b> <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                        | Destino <b>CUSTODIA</b>                   |                                        |
| Cantores <b>NO</b>                                                                                                                                                        | Funeral: <b>JUAN VASTURA</b>              | <b>60 (96700)</b>                      |
| <b>FLOR</b> Flores <b>CENTRO 24 R/B TU ESPOSA •</b>                                                                                                                       |                                           | <b>95</b>                              |
| <b>CENTRO 24 R/B TU HIJOS E HIJAS BULT. •</b>                                                                                                                             |                                           | <b>95</b>                              |
| <b>CENTRO E/C 18 R/B TUS NIETOS •</b>                                                                                                                                     |                                           | <b>80</b>                              |
| <b>CERRAR DEFUNCIÓN (Familia)</b>                                                                                                                                         |                                           |                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sudario <input type="checkbox"/> Cubredifuntos <input checked="" type="checkbox"/> Vestir <input checked="" type="checkbox"/> Rosario |                                           | <b>77<sup>10</sup> 73<sup>50</sup></b> |

**2.- TARJETAS APARCAMIENTO** **670**

FALLECIDO:

Nombre

id.

Naturaliza

Día, mes y año de nacimiento

Profesión

Fecha:

Domicilio

Cementerio

Cónyuge:

LIBRO DE FAMILIA

DECLARANTE D.

domiciliado en

D/ña.

ÁNGEL JIMENEZ DEL NOGAL

de los padres

SEGONIA

27 DE JULIO DE 1943

CASADO

9 de FEBRERO de 2025

HOSPITAL CÚNICO

SANTIAGO (A CORUÑA)

CREMATORIO COMPLETO APOSTOL

JULIA GARCIA MIGUEL

MARIA JULIA JIMENEZ GARCIA ( HIJA )

RUA TOURO, 9-1-2da - SANTIAGO (A CORUÑA)

ÁNGEL JIMENEZ DEL NOGAL

Estado

Domicilio

Ayunt.º

SEGONIA

SANTIAGO (A CORUÑA)

SANTIAGO

Provincia

hoyas del día

SEÑOR

SEGONIA

9

L

Tomó

Página

9

38293260-R

falleció en en el día de 9/2/25 a los 81 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a JULIA GARCIA MIGUEL

Hijos JULIA, EVA Y ALFONSO

Hijos políticos MONICA VEIGA Y R.

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos si

Hermanos políticos si

Nietos

y demás familia.-

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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





OMC

ORGANIZACIÓN  
MÉDICA COLEGIAL  
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL  
DE COLEGIOS OFICIALES  
DE MÉDICOS

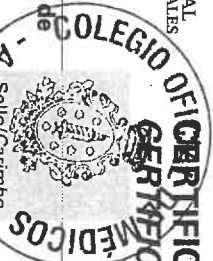


Colegio de **LA CORUÑA**

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

105513760



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN  
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

CLASE 3ª SERIE A  
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. **Blusa Maria Mendez**  
D. / Dña. **Santiago de Compostela**, con el número **Santiago de Compostela**,  
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **Santiago de Compostela**,  
en Medicina e Cirugía, colegiado/a en **Santiago de Compostela**,  
y con ejercicio profesional en **Santiago de Compostela**,  
e con ejercicio profesional en **Santiago de Compostela**.

Colegio actual  
Código actual

Nº de colegiado  
Nº de colegiado

1ª colegiación  
1ª colegiación

CERTIFICADO la defunción de / CERTIFICADO a defunción de

Nombre del fallecido/a: **ALFONSO ANGEL**  
1º Apellido del fallecido/a: **TRMENEZ**  
2º Apellido del fallecido/a: **DELNORRAL**

Fecha de nacimiento **27** **07** **1943** Sexo: ☒ Varón ☐ Mujer

Documento de identidad: ☒ D.N.I. Número: **03386514-V**  
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número: **-**  
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: **-**

Hora y fecha de la defunción Hora: **14** minutos **46** segundos Día **09** Mes **02** Año **2025**

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: **SANTIAGO DE COMPOSTELA**

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na página 2) Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>  
Intervalo de tiempo aproximado<sup>1</sup>

I. Causa inmediata<sup>2</sup> / Causa inmediata<sup>2</sup>  
(a) **FALLO MULTIPLO DE ORGANOS** Debido a/Debido a

Causas intermedias<sup>3</sup> / Causas intermedias<sup>3</sup>  
(b) **INFECTIO** Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial o fundamental<sup>4</sup>  
(c) **INSUFICIENCIA RESPIRATORIA** Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental<sup>4</sup> / Causa inicial o fundamental<sup>4</sup>  
(d) **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTiva**

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

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Houbo indicios de morte violenta?  
Si/Si ☐ No/Non ☒

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?  
Si/Si ☐ No/Non ☒

Accidente de tráfico ☒ No/Non ☐ Accidente laboral ☒ No/Non ☐  
Accidente de tráfico ☒ Si/Si ☐ Accidente laboral ☐ Si/Si ☐

¿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, Chile, a 9 de Febrero de 2025

Firma del médico  
Sinatura do médico

Silvia Rodríguez

### 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 00 45 00 00 00 00  
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 00 00 00 00 00  
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 00 00 00 00 02 00  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 00 02 00  
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

Horas 00 00 00 00 05 00  
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 00 00 00 00 01 00  
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.

Mod. CMD-BED-G



### Instrucciones básicas de Certificación:

A OMS recomienda que no cubrimiento das causas de defunción se comece pola **causa inmediata** e se remate coa causa **inicial ou fundamental**, é dicir, 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 Defunción.

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

#### 1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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 00 45 00 00 00 00  
Días Meses Años

#### 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 00 00 00 00 00  
Horas Días Meses Años

#### 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 00 00 00 00 02 00  
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefríte crónica

debido a 00 00 00 00 02 00  
Horas Días Meses Años

#### 4 Causa inicial ou fundamental

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

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas 00 00 00 00 01 00  
Días Meses Años

#### 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 00 00 00 00 05 00  
Días Meses Años

#### Otras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.

2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.

3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.

4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.

5. 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.

02



MINISTERIO  
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ALFONSO ÁNGEL JIMÉNEZ DEL NOGAL , con documento identificativo DNI, 03386514V según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 09 DE FEBRERO DE 2025 a las 14:46 horas, acaecida en SANTIAGO DE COMPOSTELA.

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

En Santiago de Compostela a 10 DE FEBRERO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO  
10/02/2025 11:25

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN  
<https://sede.unjusticia.gob.es/es/comproba-cton-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR  
Dirección General de Seguridad Jurídica y  
Fe Pública

CARGO DEL FIRMANTE  
ENCARGADO



RG:ADGX-Bffm-u&NA-\$s7R

