OTROS CONCEPTOS

PAGADO

Centro colgar 40 coronas bl: Carmen, Sabela e Álex TPV

SPMPLI 414

Ti

CENTRO 18 ROSAS BLANCAS: TU HIJA POLÍTICA •

399

398

NO WEB

SF: 200
ST: 148

FALLECIDO: Carmen Silva Vazquez

Fecha de fallecimiento 18 Marzo 2025

Domicilio Urgencias H. Clínico

Teléfonos: José (hijo) 699 944 048 E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida	1110'00
Capilla ardiente Obradoiro	Sala Prep. Si Libro Si	814'00 + 54'00 + 28'25
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUVV	173'00
Carroza traslado X hospital - Complejo		107'00
Jueves 11:30 Prensa X Correo, 2 (jueves)		210'00
Radio NO		
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	~~MARZTEGUI~~ PLACA ACERO →	185'00
Ómnibus acompañamiento NO		
Turismo Bernardo	id. X 11:00h. recoger en S. Miguel	46'00
Certificado médico X Si	Registro Civil X Santiago	3'00
Carroza Si (C1)	Personal	122'00 + 129'50
Ayunt.º: Sepultura X Bouzas Pinel	Sep. 10773	150'00
Iglesia Capilla Complejo		151'00
Incineración	Urna:	
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	X 00 (99641)
Cantores	Funeral: X D. Ricardo Vázquez	(datos x mail)
Flores: Corona R. Blancas: Tus hijos •		142'00
Cesto 18 R. Blancas "Tus nietos (E.C.) •		80'00
Cesto 18 R. Blancas: Tu hija política •		(DORSO)
A Germán Alejandro Maello Eiras 17-4-22		
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario		34'70
		73'50

FALLECIDO:

Nombre CARMEN SILVA VÁZQUEZ D.N.I. Nº 33017529 V

id. de los padres JOSÉ y DOLORES

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 7 de febrero de 1929

Profesión Estado Viuda Domicilio Residencia OS ARCANXELES

Lugar de Feros 53 - Cacheiras - Teo

Fallecimiento:

Fecha: 19:50 horas del día 18 de marzo de 2025

Domicilio Hospital Clínico - Santiago

Cementerio Boisaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. José Andrés Mallo Silva (hijo) D.N.I. 33274556L

domiciliado en C/ Carmen de Noaiso, 28 - 1º Santiago

LA SEÑORA

D/ña. Mª Carmen Silva Vazquez

Vda de German Alejandro Mallo Eiras - Vecina Cruceiro do Gallo 13

falleció en en el día de a los 96 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos Carmen Alejandro y José Andrés Mallo Silva

Hijos políticos Mari

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos

Hermanos políticos

Ahijado : Sí

Nietos Sí Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción y demás familia.

Funerales

en la iglesia de Capilla Complejo.

CASA MORTUORIA: Obradoiro

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

OMC | ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — Sello/*Carimbo*: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA -

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105516558

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* Adriana González Castellanos

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* Coruña, con el número / *, co número*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* CHUS

Colegio actual / *Colexio actual*: 15 — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 11382 — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** CARMEN

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** SILVA

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** VAZQUEZ

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día*: 07 — Mes / *Mes*: 02 — Año / *Ano*: 1929

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* ☐ — Mujer / *Mulier* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33017529-V
- ☐ Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos*: 19:50 — Día / *Día*: 18 — Mes / *Mes*: 03 — Año / *Ano*: 2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***En que concello ocorreu a defunción?:*** Santiago

Domicilio particular / *Domicilio particular* ☐ — Centro hospitalario / *Centro hospitalario* ☒ — Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* ☐ — Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* ☐ — Otro lugar / *Outro lugar* ☐

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.*

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) GASTROENTERITIS AGUDA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5]

DETERIORO COGNITIVO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Años*

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

¿Se practicó autopsia clínica? / ***Practicouse autopsia clínica?*** — Sí / *Si* ☐ — 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 tráfico* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* ☒ — Sí / *Si* ☐

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso / *Continúa ao reverso*

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I☐ II☐ III☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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 / *En* Santiago, a / *a* 18 de / *de* Marzo de / *de* 2025

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 4 5 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 ↓ Horas 3 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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 5

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 — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento 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 conduciron 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

4 *Causa inicial ou fundamental*

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

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 *Outros procesos:*

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 5

Outras 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.

NACIO EN / NACEU EN: SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVINCIA: A CORUÑA
EL / O: 07-02-1929
HIJO / A DE / FILLO / A DE: JOSE / DOLORES
SEXO / SEXO: M-F
DOMICILIO / DOMICILIO: RUA. CAMPO CRUCEIRO DO GAIO 13
LOCALIDAD / LOCALIDADE: SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVINCIA: A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO: 15771L6D1

IDESP33017529V5<<<<<<<<<<<<<<<
2902072F9912315ESP<<<<<<<<<<<2
SILVA<VAZQUEZ<<CARMEN<<<<<<<<<

FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO
C. CARMEN ABAIXO 28 P01
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
CARACAS
VENEZUELA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
GERMAN / MARIA CARMEN

IDESPBHK131041833274556L<<<<<<
6205298M2806262ESP<<<<<<<<<<<0
MALLO<SILVA<<JOSE<ANDRES<<<<<<

SOLICITANTE (HIJO)

CONCELLO DE SANTIAGO

2022/00020001E

TITULO DE CONCESION DE UNIDADES DE ENTERRAMENTO DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

SEPULTURA 10773

0D0060230

En cumprimento da resolución da concelleira delegada de políticas sociais e saúde de data 26.04.2022, e logo de acreditar o pagamento das taxas correspondentes, inscríbese no libro de rexistro do Cemiterio a concesión de uso da unidade de enterramento sinalada anteriormente a favor de:

Titular	DNI
JOSE ANDRES MALLO SILVA	33274556C

O prazo de concesión é de setenta e cinco anos[1], o seu uso esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

En caso de translación de dominio por herdanza ou cesión deberá solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 27 de abril de 2022

A CONCELLEIRA DELEGADA DE POLITICAS SOCIAIS E SAUDE

Asdo.: María Milagros Castro Sánchez
(Acordo Xunta de Goberno da Cidade de Santiago de Compostela 19.6.2019)

O VICESECRETARIO

Asdo.: José Manuel González García

[1] En aplicación do disposto no artigo 93.3 da Lei 33/2003, do 3 de novembro, de Patrimonio das Administracións Públicas que ten carácter de lexislación básica conforme ao apartado cinco da súa Disposición Final Segunda (BOE núm. 264, do 04.11.2003)

Scanned with CamScanner

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de CARMEN SILVA VÁZQUEZ , con documento identificativo DNI, 33017529V según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 18 DE MARZO DE 2025 a las 19:50 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 19 DE MARZO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
19/03/2025 12:25	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:zMx6-WWrQ-ecHJ-5nVz