

OTROS CONCEPTOS

54721451

PAGADO

TPV

54721453

Costos a Dña familia 25601 + IVA

Fr. 467

Costos a Dña familia 25601 + IVA

FALLECIDO: MERCEDES SALGADO MARTÍNEZ

Fecha de fallecimiento 30 DE MARZO DE 2025

Domicilio PONTE DA ROCHA, Nº14 - SANTIAGO

Teléfonos: 616/76536 - PEPE (Hijo Peinico) E-mail:

CONCEPTOS

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C-1 Medida 1'90	871'46
Capilla ardiente TOURAL Sala Prep. Si Libro X 8	660/542875
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUV	173
Carroza traslado Domicilio - TANATORIO	107
Prensa X Correo, 3	Grabs
Radio X Correo Grabs n°3	
Recordatorios fúnebres / tarjetas No	
Ómnibus acompañamiento	
Turismo Si X RECOGER EN CASA 16:10	60
Certificado médico X Si	3
Registro Civil X SANTIAGO	122/08/17890
Carroza Personal	
Ayunt. Sepultura BOISACA, 5455 X PINERO (09:30) 380	380
Iglesia CAPILLA COMPLEJO APOSTOL	151
Incineración Urna: X RETIRAR RESTOS	16'10
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino	70
Cantores X FELISA Funeral: X Manuel	60 (10054)
Flores X CORONA ROSAS ROSAS: TU HUIA E HUIO PEINICO	143
Flóres X CORONA ROSAS BLANCAS: TUS NIETOS Y NIETAS PEINICOS	143
Centro 18 R. BLANCAS: ROI Y CATUXA	80
☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario	2730 7850 2730

ST-171

ST-171

ST-171

ST-171

ST-171

ST-171

ST-171

ST-171

FALLECIDO: Nombre MERCEDES SALGADO MARTÍNEZ D.N.I. Nº 33157053-T
id. de los padres RAMÓN / JOSEFINA
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 26 DE SEPTIEMBRE DE 1936
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio PONTE DA ROCHA, Nº 14
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 09:30 horas del día 30 de MARZO de 2025
Domicilio PONTE DA ROCHA, Nº 14
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. ROSA DOLORES SANTIAGO SALGADO (Hija) D.N.I. 33223941-G
domiciliado en C/ PUENTE DA ROCHA, Nº 14 - BAJO - SANTIAGO

LA SEÑORA

D/ña. MERCEDES SALGADO MARTÍNEZ
(VIUDA DE MAXIMINO SANTIAGO LORENZO) (VECINA DE PONTE DA ROCHA - COMO - SANTIAGO)
falleció en _____ en el día de 30/3/2025 a los 88 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos ROSA DOLORES y JORGE(+) SANTIAGO SALGADO

Hijos políticos JOSÉ MARÍA VIEIRO VIDAL Y OLGA CARRIL(+)

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos VICTORIA, JOSÉ, CARMEN, DOLORES Y MANUEL SALGADO MARTÍNEZ

Hermanos políticos Si

SERGIO Y BRAIS VIEIRO SANTIAGO NIETA POLÍTICA: ALBA RIVAS Y ÁNGELES FRAGA

Nietos † Bisnietos † Tíos _____ Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción ROÍ Y KATIA CATUXA

Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105529086

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3^a SERIE A
CLASE 3^a SERIE A

D./Dña. Jesús BURNAN Cortesol Neucisidv
D. / Dña: la esposa
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en la esposa, con el número
en Medicina e Cirugía, colexiado/a en SANTIAGO, co número
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

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

1	5	3	6	0	4	7	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

1ª colegiación
 1ª colegiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

[illegible]

Fecha de nacimiento Dia 26 Mes 03 Año 1936 Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Data de naixement Dia 26 Mes 03 Any 1936 Sexe: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad: ☒ D.N.I. **Número:** 33157053-J
Documento de identidad: ☐ Pasaporte **Número:**
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) **Número:**
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) **Número:**

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos : Día Mes Año
Hora e data da defunción Hora : minutos : Día Mes Ano

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

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

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / **Causas de defunción** (consultar instrucciones en página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado?

I. Causa immediata / Causa immediata

[illegible]

Debido a/Debido a

Causas intermedias / *Causas intermedias*

[illegible]

Debido a/Debido a

[illegible]

Debido a/Debido a

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

[illegible]

II. Otros procesos / Outros processos

[illegible]

¿Ha habido indicios de muerte violenta?/Houbo indícios 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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
 Accidente de tráfico Si/ Si ☐ Accidente laboral Si/ Si ☐

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Dia Mes Ano

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 30 de MARZO de 2025
 En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
 Sinatura do médico

[Firma manuscrita]
GUZMAN

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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 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

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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção 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 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 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas Días Meses Años

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. **Anotárase 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 Años

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabete

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Horas 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.

CONCELLO DE
SANTIAGO

B/226/2008



**TITULO DE UNIDADE DE ENTERRAMENTO
DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA**

Sepultura - 5.455

0A0010301

Outorgada a Propiedade por Acordo da Comisión Municipal Permanente de data 07 de outubro de 1971 e autorizada a transmisión do dereito funerario por Resolución da Concelleira Delegada de Servizos de data do 11-03-2008, favor de:

Titulares	DNI
MERCEDES SALGADO MARTÍNEZ	33157053T
ROSA DOLORES SANTIAGO SALGADO	33223941G
JORGE SANTIAGO SALGADO	33258630D

O uso da unidade de enterramento 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 traslación de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 12 de marzo de 2008

O ALCALDE

Asdo.: José Antonio Sánchez Bugallo



O SECRETARIO XERAL DO
GOBERNO MUNICIPAL

Asdo.: José Ramón Alonso Fernández



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de MERCEDES SALGADO MARTÍNEZ
, con documento identificativo DNI, 33157053T según la certificación facultativa
presentada, que constata la fecha de la muerte 30 DE MARZO DE 2025
a las 09:30 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 31 DE MARZO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
31/03/2025 11:50

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:W9UW-cFQ8-wSvy-82de

