

FALLECIDO: Nombre ANTOLÍN LOYA NIETO D.N.I. Nº 01219747-B
id. de los padres ANGEL Y JACINTA
Naturaleza VILLARMENTERO DE ESGUEVA Provincia VALLADOLID
Día, mes y año de nacimiento 2 DE SEPTIEMBRE DE 1929
Profesión _____ Estado VIUDO Domicilio RUA DE MADRID, 18B - 2ª A - SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 22:00 horas del día 18 de JUNIO de 2025
Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio CREMATORIO COMPLETO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO
Cónyuge: Nombre JOSEFA BENITO DE LA FUENTE (+19/AGOSTO/2019)

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. MARIA ESTHER CALVO BENITO (HIIJA) D.N.I. 33265821-R
domiciliado en RUA DE MADRID, 18B - 2ª A - SANTIAGO (A CORUÑA)

D/ña. ANTOLÍN LOYA NIETO L SEÑOR (VDO. JOSEFA BENITO DE LA FUENTE)
falleció en VECINO DE SANTIAGO en el día de 18/06/25 a los 95 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos ~~FRANCISCO MARIA ESTHER~~ JOSE, ROSA MARI, LOLO (+), FRANCISCO
Y MARIA ESTHER
Hijos políticos MARIVI Y MARIA

Padres NO
Abuelos NO
Padres políticos NO
Hermanos NO
Hermanos políticos SI

Nietos Politicos
Nietos SI Bisnietos SI Tios / Sobrinos SI Primos SI
y demás familia.- Conducción _____

Funerales _____
en la iglesia de CAPILLA COMPLETO
CASA MORTUORIA: SALA CERVANTES
(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

01219747-B

NOMBRE / NOME
ANTOLIN
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
LOYA
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
NIETO

a lay

EXPED. 27-01-2004 VAL. PERMANENTE
IDESP

NOMBRE	VILLARMENTERO DE ESGUEVA	FECHA	02-09-1929
PROVINCIA	VALLADOLID	SEXO	M
PROVINCIA		SEXO	
CIUDAD DE	ANGEL / JACINTA		
CIUDAD DE			
COMUNIDAD	RUA. MADRID 18-B 2 A		
COMUNIDAD			
LOCALIDAD	SANTIAGO DE COMPOSTELA		
LOCALIDAD			
PROVINCIA	A CORUÑA	GRUPO	157716D1
PROVINCIA			

IDESP01219747B6<<<<<<<<<<<<<<<
2909026M9912315ESP<<<<<<<<<<<<R
LOYA<NIETO<<ANTOLIN<<<<<<<<<<<

FALLECIDO

ES

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

332668214

DNI 33265821R

APELLIDOS APELLIDOS
CALVO
BENITO

NOMBRE NOME
MARIA ESTHER

SEXO SEXO NACIONALIDAD NACIONALIDADE NACIONALITE NACIONALITE
F ESP 14.11.1965

EXPIRATION EXPIRATION VALIDE VALIDE
21.09.2022 21.09.2022

NUM. SUPLENTE
004110405

441280

NATIONAL IDENTITY CARD DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

157751609

RENTAL CAR

RENTA DE COCHES - RENTAS DE AUTOMOVILES
RUA MADRID 18 B POZ A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE ORIGEN: LUGAR DE DESTINO:
TOURO
A CORUÑA

NOMBRE DE: TELÉFONO:
MANUEL / MARIA PILAR

IDESPCK110405633265821R<<<<<<
6510145F3209217ESP<<<<<<<<<<3
CALVO<BENITO<<MARIA<ESTHER<<<

SOLICITANTE

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105613888

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. YOLANDA POLO TURNES
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en, co número
y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA
e con exercicio profesional enColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

151509958

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a: ANTON LINA
Nome do falecido/a:
1º Apellido del fallecido/a: LOYA
1er Apellido do falecido/a:
2º Apellido del fallecido/a: NIETO
2º Apellido do falecido/a:Fecha de nacimiento Día 02 Mes 09 Año 1929
Data de nacemento Día Mes Ano
Sexo: Varón ☒ Mujer ☐
Sexo: Varón MullerDocumento de identidad: ☒ D.N.I. Número: 01219747-B
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ Pasaporte Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
Documento de identidad: ☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:Hora y fecha de la defunción Hora : minutos 22:00 Día 18 Mes 06 Año 2025
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 Outro lugar

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausas intermedias³ / Causas intermedias³(b) Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años(c) Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosCausa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴(d) DISNEA
FALLO CARDIACO
Debido a/Debido a
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵INFECCIÓN RESPIRATORIA
Horas Días Meses Años
Horas Días Meses 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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Si ☐ Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día Mes Año
Data do mesmo: Día Mes AnoContinúa 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 SANTAGO, a 19 de JUNIO de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

U P67
NC 15/1509978
ACORDADA
CNP 201945

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 anotar 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 pela **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 a 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 excluyentes, 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. Anotarase 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: Diabete

Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ANTOLÍN LOYA NIETO , con documento identificativo DNI, 01219747B según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 18 DE JUNIO DE 2025 a las 22:00 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 JUNIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
19/06/2025 12:04

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:HQBz-NCfJ-QUfn-EcCZ

