

OTROS CONCEPTOS

Centro (R.R.) Los Hermanos y Cuñados

entre colgar (Dinero) : Usado en la familia de 69642480
H2 14426000

altro mod 2 bianco: **PACAPPOLE** Vista Alegre Bainer

who med. L. Rolo de Ag. Zed. Jod. 200
 Leo y. 1000000
 PACADO
 2000000
 2000000

FALLECIDO: ALEJANDRO ALFONSO VAZQUEZ VIGO ST: 317
 Fecha de fallecimiento: 30 JUNIO - 2025
 Domicilio: CLINICO / RIAL DE CONDO
 Teléfonos: 657423124 RICARDO (1118) E-mail: RICARDOVAZQUEZV@GMAIL.COM
 CENEPOL: 1092533605402
 15-5801922

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo 8-1	Medida 19	87146
Capilla ardiente SALA ORACION	Sala Prep. SI Libro SI	814-54+28
Gestión funeraria SI	☐ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado ALBERITAC. COMPLETO		108
Prensa CONCRETO Nº3		375
Radio CONCRETO Nº3		175
Recordatorios fúnebres / tarjetas CONCRETO Nº3		114'88
Ómnibus acompañamiento NO		500
Turismo Buenos Aires id.	Recoger en Sar	46
Certificado médico SI	Registro Civil: Santiago	3
Carroza	Personal	122+108+17
Av. int.º: Sepultura	BUSACA SEP 10111	150
Iglesia CABALLA COMPLETO		151
Incineración	Urna:	70
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores EXELINA	Funeral: D. JOSÉ SAR	143
Flores CONCRETO (R.R.)	tu esposa (H.O.R.)	143
	tu Hijo e Hija Política (40R)	143
	tu hijo (40R)	80
	tu hijo (40R)	2730
	tu hijo (40R)	

☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

7350

FALLECIDO: Nombre Alejandro Alfonso Vázquez Vigo D.N.I. N° 33213840T
id. de los padres Ricardo y Mercedes
Naturaleza Boimorto Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 25 de agosto de 1952
Profesión _____ Estado CASADO Domicilio RIAL DE CONDO, 35-2
SANTIAGO

Fallecimiento: Fecha: 12.07 horas del día 30 de junio de 2025
Domicilio hospital Clínico - Santiago
Cementerio Boisaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____

DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

EL SEÑOR
D/ña. ALEJANDRO ALFONSO VÁZQUEZ VIGO
(VECINO DE RIAL DE CONDO, 35 - SANTIAGO)
falleció en _____ en el día de _____ a los 72 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposa CONCEPCIÓN VILLETES CUTRÍN

Hijos RICARDO VÁZQUEZ VILLETES

Hijos políticos MARÍA IGLESIAS CAAMAÑO

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos ALICIA (†), MARÍA LUISA (†), FRANCISCO (†), MANUEL (†), LUIS, CARMEN
JOSE ANTONIO, MERCEDES Y RICARDO VÁZQUEZ VIGO

Hermanos políticos S:

MARTÍN VÁZQUEZ IGLESIAS

Nietos → Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos S: Primos S:

y demás familia.- Conducción _____

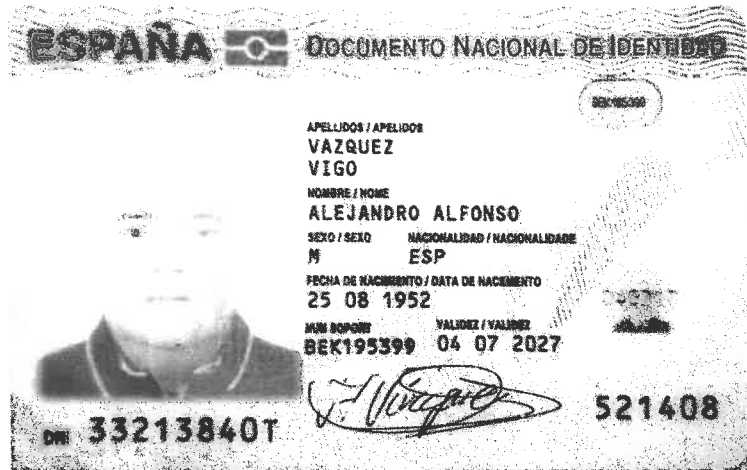
Funerales _____

en la iglesia de _____

CASA MORTUORIA: _____

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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



FALECIDO

**SOLICITANTE**



Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105613768

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. **IGNACIO MONTATEGUI LORENZO**

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en **A CORUÑA**

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

, con el número

, co número

Colegio actual/
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

8069

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ALEJANDRO ALFONSO

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

VAZQUEZ

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

VIGOR

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día **25**

Mes **08**

Año **1952**

Sexo:

Sexo:

Varón ☒

Varón

Mujer ☐

Muller

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ Pasaporte

Número:
Número:

33213840-T

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:
Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

12:07

Día **30**

Mes **06**

Año **2025**

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? **SANTIAGO (H. CLINIC)**

Domicilio particular ☐

Centro hospitalario ☒

Residencia socio-sanitaria ☐

Lugar de trabajo ☐

Otro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) **PARADA CARDIORESPIRATORIA**

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) **FALGO MULTIORGÁNICO**

Debido a/Debido a

(c) **SEPSIS**

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) **INFECCIÓN HUNON PIERNA**

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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

Sí/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practícouse 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 **30** Mes **06** Año **2025**
Data do mesmo: Día **30** Mes **06** Ano **2025**

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 JUNIO de 2025
 En _____ a _____ de _____ de _____

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 ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐
 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 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 transcurrido 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. Se 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. Anótase **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.

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.

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

Sepultura - 10.111

OD0090228

En cumprimento da Resolución da Concellaría de Cemiterio Municipal de data 19-10-2011, e logo de acreditar o pagamento das taxas correspondentes, insíbese no libro de rexistro do Cemiterio a concesión de uso da unidade de enterramento sinalada anteriormente a favor de:

Titulares	DNI
CONCEPCION VIEITES CUTRIN	33213619D

O prazo de concesión é de noventa e nove anos, 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 debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 25 de outubro de 2011

ALCALDE

SECRETARIO XERAL DO PLENO

Asdo.: Gerardo Jesús Conde Roa

Asdo.: Francisco Javier Castiella Izquierdo



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ALEJANDRO ALFONSO VÁZQUEZ VIGO, con documento identificativo DNI, 33213840T según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 30 DE JUNIO DE 2025 a las 12:07 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 01 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
01/07/2025 11:40

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:E&fG-P8DF-Kd&5-sfh3

