

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: *Mama Jose Harbuer De la Escalera Perez* *SC: 239*
ST: 347
WCU

Fecha de fallecimiento *17 Julio 2015*

Domicilio *H. Durco 501*

Teléfonos: *630525931-Javier (espa)* E-mail: *PAPERCLARK*

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo <i>0</i>	Medida <i>1'90</i>	
Capilla ardiente <i>PRATERIAS</i>	Sala Prep. <i>Si</i> Libro	
Gestión funeraria <i>Si</i>	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado <i>Hospital - Tancitaro</i>		
Prensa <i>19:00 Viernes</i>	<i>Sanco Med 2</i>	
Radio		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo <i>id. Sale tancitaro</i>	Registro Civil: <i>Sucre</i>	
Certificado médico <i>Si</i>		
Carroza <i>Personal</i>		
Ayunt.º: Sepultura <i>4509</i>	<i>Sábado 19 a 12hr.</i>	
Iglesia <i>Capilla Gumples</i>	Urna: <i>Basica</i>	
Incineración <i>Si</i>		
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores <i>12</i>	Funeral: <i>1750</i>	<i>X60 (107889)</i>
Flores <i>13 Flores Blancas</i>		
<i>13 Flores Rojas</i>		
<i>NO RECIBEN FLOR</i>		
☒ Sudario	☒ Cubredifuntos	☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre MARIA JOSE, MARTINEZ DE LA ESCALERA, PEREZ D.N.I. Nº 33.238378C
id. de los padres Joaquin y MARIA CARMEN
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A Coruña
Día, mes y año de nacimiento 17-03-1959
Profesión Nº 29 - 3º - Sanhago. Estado Casada Domicilio Rua do Preguntoiro

Fallecimiento: Fecha: 18⁰⁰ horas del día 17 de 07 de 2025
Domicilio H. Clinico
Cementerio Inhumación Complejo Apóstol Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. () D.N.I.

domiciliado en

D/ña. Maria Jose Martinez de la Escalera Perez LA SEÑORA
Vecina de Sanhago

falleció en en el día de a los 66 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Francisco Javier Vazquez Jimenez

Hijos

Hijos políticos

Padres Ayudado: Javier

Abuelos

Padres políticos

Hermanos Maria del Carmen Martinez de la Escalera Perez

~~Hermanos políticos~~ Maria Rosa Martinez de la Escalera Perez y Tania; Maria y Luis;
Cesareo (f); Elisa y Jose Luis

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción y demás familia.

Funerales

en la iglesia de Capilla del Campesino.

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

No se reciben Flores

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

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

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105695397

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. URBANO ANIDO HERRERO, LICENCIADO
D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en SANTIAGO DE COMPOSTELA, co número
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

Colegio actual
Colexia actual
Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a
151509963
1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:
Nome do falecido/a: MARIA JOSE
1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a: MARTINEZ DELA ESCALERA DE LA ESCALERA
2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a: PEREZ

Fecha de nacimiento
Data de nacemento
Día 17 Mes 03 Año 1959
Sexo: Varón ☐ Mujer ☒
Sexo: Varón ☐ Muller ☒

Documento de identidad:
Documento de identidade:
☒ D.N.I. Número: 33234378-C
☐ Pasaporte Número:
☐ Pasaporte Número:
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
☐ N.I.E. (Tarxeta de Residencia) Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción
Hora : minutos 19:00 Día 17 Mes 03 Año 2025
Hora : minutos Día Mes Año

¿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 traballo ☐ Outro lugar ☐

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

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²
(a) INSUFICIENCIA CARDIO-RESPIRATORIA
Debido a / Debido a
(b)
Debido a / Debido a
(c)
Debido a / Debido a
Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴
(d) ADENOCARCINOMA DE PULMONES ESTADIV METASTASIS CEREBRALES
Debido a / Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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 Ano

* Vela comercial

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 17 de JULIO 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 45 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 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 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

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 5 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 10 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 p**ela 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.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 45 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 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 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefría crónica

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 10 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 5 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 UNIDADE DE ENTERRAMENTO DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

Sepultura - 4.509

0B0091003

Outorgada a propiedade por acordo da Comisión Municipal Permanente de data 28 de decembro de 1967 e autorizada a transmisión do dereito funerario por resolución do concelleiro delegado de medio ambiente, convivencia e informática de data 14 de xaneiro de 2019, a favor de:

Titulares	DNI	Participación
MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ DE LA ESCALERA PÉREZ	33223938R	Unha metade indivisa
MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ DE LA ESCALERA PÉREZ	33238378C	Unha metade indivisa

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.

Únicamente se autorizará o uso da unidade de enterramento por pedimento expreso da maioría dos partícipes.

En caso de traslación 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, 14 de xaneiro de 2019

O CONCELLEIRO DELEGADO DE MEDIO
AMBIENTE, CONVIVENCIA E INFORMÁTICA

O SECRETARIO XERAL DO PLENO

Asdo.: Xan Xesús Duro Fernández
(P.D. Decreto 28.06.2017)

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 MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ DE LA ESCALERA
PÉREZ , con documento identificativo DNI, 33238378C
según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 17 DE
JULIO DE 2025 a las 18:00 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 18 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
18/07/2025 12:49

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

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
Secretaría de Estado de Justicia

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:7Gky-HYWw-Qzv&-juhx

