OTROS CONCEPTOS

974 FALLECIDO: Elisa Castro Pena — web — ST: 488 ST: 353

Fecha de fallecimiento 21 Julio 2025

Domicilio Frei Rosendo Salvado 14 2ºC

Teléfonos: Nieves 663 571993 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C1 — Medida 1'90	1110
Capilla ardiente S. Cervantes — Sala Prep. — Libro Sí	640 + 54 + 28'25
Gestión funeraria Sí — ☒ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado ✗ Domicilio - Tanatorio	107
MARTES 16:30 — Prensa: ✗ Correo Mod 5 / ~~Ech~~ ESQUELA DOMICILIO —	745
Radio: ✗ Radio 1 vez Martes	114'88
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	
Ómnibus acompañamiento ✗ — Placa 22x15 →	
Turismo — ✗ Ambos id. 16:10 EN CASA	46
Certificado médico ✗ Sí — Registro Civil ✗ Santiago	3
Carroza — Personal	122 + 129'50
✗ Ayunt.º: Sepultura ✗ Nº 8285 — ✗ Pineiro 10:30	150
Iglesia Capilla Complejo	151
Incineración — Urna: ✗ Mano AVISADO - Datos x mail.	70
Presencian ☐ SI ☐ NO — Destino	
Cantores ✗ Elisa — Funeral: ✗ Juan 108117 Ventura	✗ 60
Flores: Corona 50 R.B. y Amarilla "Tus hijos e hijos políticos" ●	158
Corona 50 R.B: "Tus nietos y nietos políticos" ●	158
Centro 24 R.BL: Tus bisnietos" ●	95
☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	34'70
	7350

" NO RECIBEN FLORES "

(Entenar cuerpo Arriba

FALLECIDO:

Nombre Elisa Castro Pena D.N.I. Nº 76477747X

id. de los padres José y Maria

Naturaleza Touro Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 10 Marzo 1936

Profesión Estado Viuda Domicilio C/ Fray Rosendo Salvado 14 2ºC - Santiago

Fallecimiento:

Fecha: horas del día 21 de Julio de 2025

Domicilio Fray Rosendo Salvado 14 2ºC Santiago

Cementerio Boisaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. Nieves Couto Castro ( ) D.N.I. 33220897L

domiciliado en C/ Morcego, 3 - Stgo.

LA SEÑORA

D/ña. Elisa Castro Pena

Vecina de Santiago Vda de Enrique Couto Rendo

falleció en en el día de a los 89 años

confortado con los Auxilios Espirituales

~~Su esposo/a~~

Hijos Manuel, Jesús Enrique, Nieves y Santiago Couto Castro

Hijos políticos Lidia Leal, Dina Rey, José Luis Marquez y Olga Castro

~~Padres~~

~~Abuelos~~

~~Padres políticos~~

~~Hermanos~~ NIETOS POLITICOS: Si

Hermanos políticos Si

Nietos Patricia, Manuel y Carlos; Marcos y Lucia; Fatima; Elisa Bisnietos Lua, Daniel Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción y demás familia.

Funerales

en la iglesia de CAPILLA COMPLEJO

CASA MORTUORIA: CERVANTES.

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

NO SE RECIBEN FLORES

FALLECIDA

SOLICITANTE (HIJA)

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA - *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

105614293

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. / *D. / Dna.* María Sinda Blanco Loberas

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

Colegio actual / *Colexio actual*: 15 — Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 58574 — 1ª colegiación / *1ª colexiación*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* Centro de Salud Concepción Arenal de Stgo

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

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 10 — Mes / *Mes* 03 — Año / *Ano* 1936

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 76477747-X
- ☐ 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* 10:30 — Día / *Día* 21 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 2025

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

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

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] (Horas / Días / Meses / Años)

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

(a) FALLO MULTIORGANICO/DIABETES

Debido a/*Debido a*

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

(b) DIABETES
INSUFICIENCIA CARDIACA HIPERTENSIVA

Debido a/*Debido a*

(c) RETINOPATIA-GLAUCOMA.
HTA-OBESIDAD MORBIDA

Debido a/*Debido a*

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

(d) DIABETES MELLITUS INSULINDEPEND.

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

DOBLE INCONTINENCIA

¿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* 21 de/*de* Julio 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: 45 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: 10

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: 45 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: 10*

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.

TOMO 52. } REGISTRO CIVIL DE
PAG. 146.- } Santiago

MATRIMONIO canónico.

Celebrado el día 24 de enero de mil novecientos cincuenta y tres.

entre D. Enrique Couto Rendo.

Nacido el día — *de* veintitres años

en Boqueijón, *provincia de* —

hijo de José

y de Maria

vecino de Boqueijón, *provincia de* —

calle o plaza de Lamas, *núm.* —

Profesión —

Estado civil soltero.

(1) No consta.

(1) Si hubiesen otorgado capitulaciones matrimoniales, se indicará la fecha de la escritura, lugar del otorgamiento y nombre del Notario autorizante. Caso contrario, se hará constar que no se otorgaron capitulaciones matrimoniales.

PROVINCIA DE La Coruña

PUEBLO DE Santiago

y Doña Elisa Castro Pena.

Nacida el día — *de* dieciseis años

en Touro, *provincia de* —

hija de N.

y de Filar Castro Pena

vecina de Boqueijón, *provincia de* —

calle o plaza de Granja, *núm.* —

Profesión —

Estado civil soltera.

Santiago, 12 de marzo de 1956.

Por El Encargado del Registro,

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

100 Pts.

27-3-82

El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Habiendo satisfecho la cantidad de QUINCE MIL(15.000) - *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a perpetuidad de la sepultura en* tierra *de* segunda *clase, número* 8285, *del Cementerio Municipal de Boisaca.*

Se otorga a D. Enrique Couto Rendo, esposa e hijos- *la concesión a perpetuidad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el día* dieciseis *de* Marzo *de mil novecientos* ochenta y dos *con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autorización de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.*

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a veintitres *de* Marzo *de mil novecientos* ochenta y dos.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE,

EL SECRETARIO GENERAL,

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra **de** segunda **clase, señalada con el número** ocho mil doscientos ochenta y cinco **del Cementerio Municipal de Boisaca.**

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 ELISA CASTRO PENA , con documento identificativo DNI, 76477747X según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte 21 DE JULIO DE 2025 a las 10:30 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 22 DE JULIO DE 2025

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
22/07/2025 11:00	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:Z38&-hsvA-&Zxe-8Dsc