OTROS CONCEPTOS

PAGADO

entro mod 1 blanco. Teribol Salguero • TPV

FALLECIDO: Elvira Otero López

Fecha de fallecimiento 4 - Julio - 2025

Domicilio H. Clínico (327)

Teléfonos: 606124306 Elvira (hija) E-mail: 603628776 Costaya (h. pol.)

Sr. 452 Sr. 324 Pa

15100147 OCASP 34906

Sinst: 0120252003429 7

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C1 - Artavia Medida cerrada	873'59 - 611'50
Capilla ardiente	Complejo Toural Sala Prep. Sí Libro sí	640 + 54 + 28'55
Gestión funeraria	sí ☐ Tramitación UUVV	173
Carroza traslado	X Hospital - Tanat.	107'00
SÁBADO 17:00 Prensa	Correo 21	210
	Luis X Esquela en domicilio	
Radio	NO M.B. Grabación lápida	494
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	NO	
Turismo	id. 16:30 en casa (Calzada S. Pablo 16)	X
Certificado médico	X sí Registro Civil: Stgo	3
Carroza	sí Personal sí	122 + 88'75 + 129'50
Ayunt.º: Sepultura	X Boisaca Sep. 6646 X Pinelo	9/2 150
Iglesia	X Capilla Complejo	151'00
Incineración	— Urna: —	50 / 70
Presencian	☐ SI ☐ NO Destino	
Cantores	sí X Miguel Extra Funeral X D. Joaquín	
Flores	Centro calzas R.R.: Tus hijas e hijos polit.	• 143
	Centro calzas R.R.: Tus nietas y nieto nietos polit.	• 143
	Centro FV R.R.: ~~Tus bisnietos~~ Martín, Lucía y Laia	• Extra 70
☒ Sudario ☒ Cubredifuntos	☐ Acondicionamiento ☐ Rosario	27'10
		27'10

Retirar lápida. Cuerpo arriba

FALLECIDO:

Nombre Elvira Otero López D.N.I. Nº 33169440J

id. de los padres Antonio / Jesusa

Naturaleza O Pino Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 21/10/1922

Profesión Estado ~~Casado~~ Viuda Domicilio Cruz de S. Pedro 1-Stgo

Fallecimiento:

Fecha: 8:15 horas del día 4 de Julio de 2025

Domicilio H. Clínico - Stgo

Cementerio Boisaca Ayunt.º Stgo

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. Elvira Mercedes Mujico Otero (Hija) D.N.I. 33234347-Z

domiciliado en c/ Amor Ruibal, 30 - 2ºF - Stgo

L SEÑOR

D/ña. Elvira Otero López (viuda de Manuel Mujico Figueiras)

falleció en (vecina de Cruz de S. Pedro 1 - Stgo) en el día de 4.7.25 a los 102 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a ~~Nº del~~

Hijos : Carmen, Pilar, Elvira Mercedes, José Manuel (†) y Antonio Mujico Otero

Hijos políticos : Manuel Costoya y José Manuel Liñares "Che",

Padres Gloria y Alejandro Costoya ; Laura Mujico Riera.

Abuelos

Padres políticos

Hermanos nietos políticos: Carlos ~~[illegible]~~ Rondinella

Hermanos políticos Martín, Lucía y Laia

hna: Carmen Otero López ; hnos políticos

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos sí Primos sí

y demás familia.- Conducción

Funerales Sábado a las 5

en la iglesia de Capilla Complejo

CASA MORTUORIA: S. Tourial

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

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

España

NOMBRE / NOME
ELVIRA
PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
OTERO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
LOPEZ

EXPED. 18-10-2002 VAL. PERMANENTE
IDESP

Ministerio del Interior

33169440-J

NACIÓ EN / NACEU EN: O PINO
PROVINCIA / PROVINCIA: A CORUÑA
EL / O: 21-10-1922
HIJO / A DE / FILLO / A DE: ANTONIO / JESUSA
SEXO / SEXO: M-F
DOMICILIO / DOMICILIO: RUA. CRUZ DE SAN PEDRO 1
LOCALIDAD / LOCALIDADE: SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA / PROVINCIA: A CORUÑA
EQUIPO / EQUIPO: 15771L6D1

IDESP33169440J1<<<<<<<<<<<<<<<
2210218F9912315ESP<<<<<<<<<<<2
OTERO<LOPEZ<<ELVIRA<<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
MUJICO
OTERO
NOMBRE / NOME
ELVIRA MERCEDES
SEXO / SEXO: F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE: ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
10 04 1958
NUM SOPORT: BMN141573
VALIDEZ / VALIDEZ: 10 08 2030

DNI 33234347Z

935744

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. AMOR RUIBAL 30 PO2 F
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO: 15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / ELVIRA

IDESPBMN1415735332343 47Z<<<<<<
5804100F3008100ESP<<<<<<<<<<<8
MUJICO<OTERO<<ELVIRA<MERCEDES<

DECLARANTE (HIJA)

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA

Colegio de / *Colexio de* Santiago

105623628

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. MANUEL RODRIGUEZ YAÑEZ, DOCTOR
D. / Dna.
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
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*: 15285331
Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*
1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** ELVIRA
1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** OTERO
2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** LOPEZ

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 21 — Mes / *Mes* 10 — Año / *Ano* 1922

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

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33169440-J
- ☐ 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* 08:15 — Día / *Día* 04 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 2025

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

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]

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

(a) PARADA CARDIORRESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(b) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

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

(d) ICTUS ISQUEMICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5] — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿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*

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

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 SANTIAGO, a 4 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 4 5 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 1 0

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 4 5 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 1 0

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.

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, D. Manuel Mujico Figueiras y esposa *ha satisfecho la cantidad de* TRES MIL QUINIENTAS *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para la concesión a perpetuidad de la sepultura en* tierra *de* segunda *clase, número* 6646*, del Cementerio Municipal de Boisaca.*

Por tanto, se otorga a D. Manuel Mujico Figueiras y esposa *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* veintiocho *de* junio *de mil novecientos* setenta y cuatro *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*

En los casos de transmisión de la concesión por herencia, venta o donación, debe darse conocimiento a la Excma. Corporación Municipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio 6646 *del Libro correspondiente.*

Palacio Municipal de Santiago de Compostela, a cinco *de* julio *de mil novecientos* setenta y cuatro.

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE-PRESIDENTE, **EL SECRETARIO GENERAL,**

Título de concesión a perpetuidad de la sepultura en tierra **de** segunda **clase, señalada con el número** seis mil quinientos cuarenta y tres **del Cementerio Municipal de Boisaca.**

Escaneado con CamScanner

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 ELVIRA OTERO LÓPEZ con documento identificativo DNI 33169440J, según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte de 4 de julio de 2025, a las 08:15 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 , 4 de julio de 2025.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
04/07/2025 12:28	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	Secretaría de Estado de Justicia	ENCARGADO

RG:5rDE-VTTA-aSYJ-M8Bs