

OTROS CONCEPTOS

ENTRO 18 ROSAS BUENAS: TU AHIJADO.
(FUGA CAJA).
IRONIA (ROSAS AMARILLO/ROJAS): TUS HERMANAS ISSARA,
326050 CARMEN Y ANELIA; HERMANA POLITICA RUBRA.
SAWA.)
PONTE Y SOBRINOS

SI-504
SI-363
CORTADA BUENAS HUELAS

FALLECIDO: ESTHER HOSQUERA EDREIRA
Fecha de fallecimiento 29 - Julio - 2025
Domicilio RESIDENCIA STA. OLALLA - BOQUISIXON
Teléfonos: 696498222 - José Luis - E-mail:

CONCEPTOS			Servicio prestado
Arca modelo	Redonde	Medida	170.
Capilla ardiente	T. CALO - 2	Sala Prep.	Libro SI
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado	RESIDENCIA - TANATORIO		
Prensa	NO.		
Radio	1 vez martes, 1 vez miércoles.		
Recordatorios-funeros / tarjetas			
Ómnibus acompañamiento	NO		
Turismo	id. Recogel 1845 en Iglesia		
Certificado médico	SI	Registro Civil	
Carroza		Personal	
Ayunt.º: Sepultura	CALO - ROJO	CAMPANA	
Iglesia	SAN JUAN DE CALO		
Incineración		Urna: Abel	
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores	SI (FELISA)	Funeral:	XARIAS
Flóres	X CORONA ROSAS BUENAS: TU HIJO E HIJA		
	FLORIDA		
	X CORONA ROSAS BUENAS: TU NIETO.		
	ESQUENA - XESIA - XHENTERO		
☒ Sudario	☐ Cubrefuneros	☒ Acondicionamiento	☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre ESTHER MOSQUERA EDREIRA D.N.I. Nº 33174744-6
id. de los padres JOSE Y MARIA
Naturaleza TEO Provincia A CORUNYA
Día, mes y año de nacimiento 21 - MARZO - 1935
Profesión COFESO - BOQUERON Estado VIUDA Domicilio RESIDENCIA STA OLALLA -
BOQUERON
Fecha: 04:00 horas del día 29 de Julio de 2025
Fallecimiento: Domicilio RESIDENCIA STA OLALLA - BOQUERON
Cementerio SAN JUAN DE CALO Ayunt.º TEO

Cónyuge: Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. JOSE LUIS CEPEDA MOSQUERA (HIJO) D.N.I. 33256851 R
domiciliado en TRAVESTA DAS GALANES, 33 - CALO - TEO

D/ña. ESTHER MOSQUERA EDREIRA ~~L~~ SEÑOR (Viuda de José Cepeda Seijo)
falleció en (Vieira de As Galanés - Calo - TEO) en el día de 29/7/2025 a los 90 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos JOSE LUIS CEPEDA MOSQUERA

Hijos políticos AUREA BUJAN LAPIDO

Padres NIETO: GONZALO CEPEDA BUJAN;

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos SI

Hermanos políticos SI

Nietos - Bisnietos - Tios - Sobrinos SI Primos SI

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 _____

No

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO: PRIMER APELLIDO
MOSQUERA

SEGUNDO APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO
EDREIRA

NOMBRE / NOME
ESTHER

SEXO / SEXO NACIONALIDAD: NACIONALIDAD
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NAIXEMENT
21 03 1935

IDEA
ACT133487

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

MDS

DNI NÚM.
33174744G

Esther Mosquera



FALLECIDA

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. AS GALANAS 33
CALO
TEO
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMIENTO
TEO
A CORUÑA

FOLIO DE / FOLIO DE
JOSE LUIS / AUREA

IDESPCJP100803245873254F<<<<<<<
8912204M3412215ESP<<<<<<<<<9
CEPEDA<BUJAN<<GONZALO<<<<<<<<

DECLARANTE (NIETO)



Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105714749

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. YOANDA POLO TUNES

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
Colexio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15 15 09 9 5 8

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ESTHER

1º Apellido del fallecido/a:

MOSQUERA

1ª Apelido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

EDREIRA

2ª Apelido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Data de nacemento

Día

Mes

Año

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

Número:

Número:

Número:

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora : minutos

Día

Mes

Año

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Día

Mes

Año

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

BOQUEIXON

Domicilio particular
Domicilio particularCentro hospitalario
Centro hospitalarioResidencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitariaLugar de trabajo
Lugar de traballoOtro lugar
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 aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas
Días
Meses
AñosHoras
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas
Días
Meses
AñosHoras
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas
Días
Meses
AñosHoras
Días
Meses
Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) DISMEA

Horas
Días
Meses
AñosHoras
Días
Meses
AñosII. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵Horas
Días
Meses
AñosHoras
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
Accidente de tráficoNo/Non
Sí/ SiAccidente laboral
Accidente laboralNo/Non
Sí/ SiFecha del mismo:
Data do mesmo:Día
DíaMes
MesAño
AñoContinúa al reverso
Continúa ao reverso



Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**

Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **29** de **JULIO** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ESTHER MOSQUERA EDREIRA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33174744G** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **29** de **07** de **2025** a las **04:00** horas, acaecida en **BOQUEIXÓN**

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran DOCE horas desde la del fallecimiento.



