

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: CONCEPCIÓN BAYÓN SANZ

1241

Fecha de fallecimiento 16- SEPTIEMBRE - 2025

Domicilio HOSPITAL LA ROSA DE - SANTIAGO

Teléfonos: 660.82.38-49 (TELASA)
660.88.52.13 (DEGASA)

E-mail:

CONCEPTOS

Servicio pres

Arca modelo Pedonal Medida 1'80 1110

Capilla ardiente X JAJINES, 14 Sala Prep. SI Libro NO 7515

Gestión funeraria SI ☐ Tramitación UUV 173

Carroza traslado X Hospital - Tanatorio - Domicilio 107

Prensa NO

Radio NO

Recordatorios fúnebres / tarjetas NO

Ómnibus acompañamiento NO

Turismo id.

Certificado médico X SI Registro Civil: SANTIAGO 3

Carroza SI Personal personal 215 + 2

Ayunt.: Sepultura (FAMILIA) (19:00)

Iglesia X SANTIAGO DE EL BURGEO (FAMILIA)

Incineración Urna:

Presencian ☐ SI ☐ NO Destino Funeral: (18:00)

Cantores 140

Flores 2 Centros Unidos Blancos sin cinta

CRISTO, 2 CANDIABLOS, PIES CALTA, ALFORRA

☐ Sudario ☐ Cubredifuntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario 84'70
73'50



CERTIFICACIÓN LITERAL DE INSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

La presente certificación literal ha sido expedida con la autorización prevista en el art. 81 de la Ley del Registro Civil y contiene el tenor literal del/los asientos/s solicitado/s que se transcriben en los siguientes párrafos, según resulta/n de los datos obrantes en el registro individual de la persona que figura en dicho/s asiento/s. Se declara que la presente certificación sólo da fe de las circunstancias que indica la Ley 20/2011 para cada hecho o acto que se comprende en el asiento o asientos a los que se refiere la misma (artículos 44.2, 59.5, 62.1 de la Ley 20/2011, de 21 de Julio, del Registro Civil).

ASIENTOS QUE SE CERTIFICAN

INSCRIPCIÓN PRINCIPAL DE DEFUNCIÓN

Nº Asiento: 1758102840349
Fecha inscripción Registro Electrónico de Seguridad: 17/09/2025 11:54
Código personal del registro individual del inscrito: 3N7FJ4KFE00012170653L
DATOS DE IDENTIDAD DEL/DE LA INSCRITO/A: (8-6) Nombre: CONCEPCIÓN (7-6) Primer apellido: BAYÓN (7-6) Segundo apellido: SANZ, (8-6-1) Hijo/a de AMANCIO (8-6-2) y de CONSUELO, (3-4-1) Sexo: MUJER (4-1) Estado: SOLTERO/A (6-1) Nacionalidad: ESPAÑA Tipo de documento acreditativo de identidad: DNI, número: 12170653L.
(2-4-2) Nacido/a en: VALLADOLID (2-1-1-3) Provincia: VALLADOLID (2-1-1) País: ESPAÑA (9-7-1) Fecha: 03/04/1946
(2-1-2) Domicilio último: CALLE FEANS 7B - 4º C (2-1-3-2) Lugar: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA..

La inscripción se practica en virtud de: DECLARACIÓN realizada por JOSÉ DOMÍNGUEZ PÉREZ con Tipo de documento de identidad: DNI y número de identificación: 33200436M según consta en el expediente nº 20250917/015384 del Registro Civil.

DEFUNCIÓN. (9-4-4) Hora: 09:30 (9-9) Día: 16/09/2025 (2-6) Lugar: CENTRO HOSPITALARIO Población: SANTIAGO DE COMPOSTELA (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

El enterramiento será en: SANTIAGO DEL BURGO (2-1-3-2) Población: CAMBRE (2-1-1-3) Provincia: CORUÑA, A (2-1-1) País: ESPAÑA.

DATOS DE FIRMANTE:
Nombre y Apellidos: EVA BERNARDEZ PEREIRAS
En calidad de: ENCARGADO/A
Fecha de firma: 17/09/2025 11:53

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se emite el presente certificado literal del Registro Civil.

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO: BAYON
SEGUNDO APELLIDO: SANZ
NOMBRE: CONCEPCION
SEXO: F NACIONALIDAD: NACIONALIDAD: ESP.
FECHA DE NACIMIENTO (DATA DE NACIMIENTO): 03 04 1946
IDESP: AIE188543
VALIDO HASTA / VALIDO ATA: 16 12 2020

Concepcion Bayon

DNI NÚM.
12170653L

PRIMER APELLIDO: VALLADOLID
SEGUNDO APELLIDO: VALLADOLID
NOMBRE: AMANCIO / CONSUELO
SEXO: F NACIONALIDAD: NACIONALIDAD: ESP.
FECHA DE NACIMIENTO (DATA DE NACIMIENTO): 03 04 1946
IDESP: AIE188543
VALIDO HASTA / VALIDO ATA: 16 12 2020

COPIA

157711601

IDESPAIE188543712170653L<<<<<<
4604037F2012168ESP<<<<<<<<<<<<8
BAYON<SANZ<<CONCEPCION<<<<<<<<<

105714497

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de

D./Dña.
D. / Dña.en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

A CORUÑA

HM ROSALEDA

, con el número
, co númeroColegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

7808

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apellido do falecido/a:

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 03

Mes 04

Año 1946

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

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

Número:

Número:

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

Número:

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

09 : 30

Día 16

Día 16

Mes 09

Mes 09

Año 2025

Año 2025

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

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 aproximado¹
Intervalo de tempo aproximado¹I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) COLECISTITIS PERFORADA

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

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

Sí/Sí

No/Non

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Sí/Sí

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/SíAccidente laboral
Accidente laboralNo/Non
Sí/SíFecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Mes

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso