

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO:

Leide Josevin Delgado Bustamante

Fecha de fallecimiento

17-Septbre-2025

Domicilio

H. Gorno

Teléfonos: Isbelly 69840265

E-mail: Héctor 667736838

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-0	Medida
Capilla ardiente	Cenizas	Sala Prep. si Libro no
Gestión funeraria	si	☐ Tramitación UUV
Carroza traslado	X Hospital - Tanatorio	
JUEVES	Prensa /	
19:00	Radio /	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	/	
Ómnibus acompañamiento		
Turismo	id. Saló al tanatorio	
Certificado médico	X si	Registro Civil: Slgo
Carroza	a cementerio	Persona X si
Ayunt.º: Sepultura	Cementerio 1640	Sábado 12:30
Iglesia	X Capilla Gumpeljo	
Incineración	X si	Urna: Básica
Presencia	X si	Destino
Cantores	NO	Funeral: X Chévere
X Centro 18 rosas amarillas: 0		X 60 (11874)
Te recordaremos siempre		

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre Leide Joselin Delgado Bustamante D.N.I. N° 21518457W
id. de los padres Isabel M^a y Gregorio
Naturaleza Caracas - Venezuela Provincia _____
Día, mes y año de nacimiento 28/3/1978
Profesión _____ Estado Saltera Domicilio Cruce de La Guirina
14-1° A - Stgo.

Fallecimiento: Fecha: 8.15 horas del día 17 de 9 de 20 25
Domicilio M. Conro
Cementerio Crematorio Ayunt.º Stgo

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA Jaqueline Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Isbely Farina Delgado (_____) D.N.I. 51272828 D
domiciliado en Av. Cruce de la Guirina, 14-1° A Stgo.

L SEÑOR

D/ña. _____

falleció en _____ en el día de _____ a los _____ años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tios _____ Sobrinos _____ Primos _____

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

105715712

Nº Certificado/Nº certificado

Colegio de

Colegio de



D./Dña.
D. / Dña.

IVÁN XOEL AGRAFOJO FALGADO

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

con el número
co número

SANTIAGO DE COMPOSTELA

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

153509785

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

LEIDE JOSELIN

1º Apellido del fallecido/a:
1er Apellido do falecido/a:

DELGADO

2º Apellido del fallecido/a:
2º Apellido do falecido/a:

BUSTAMANTE

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 28
Día

Mes 03
Mes

Año 1978
Año

Sexo:
Sexo:

Varón ☐
Varón

Mujer ☒
Muller

Documento
de identidad:

☐ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:
Número:

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:
Número:

☒ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)
N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:
Número:

2-1518457-W

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos
Hora : minutos

08 : 15

Día 17
Día

Mes 09
Mes

Año 2025
Año

¿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
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) INSUFICIENCIA RENAL

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CARCINOMA RENAL EIV

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas Días Meses Años
Horas Días Meses Años

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

Si/Si ☐ No/Non ☒

¿Se practicó autopsia clínica? / Practicouse autopsia clínica?

Si/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 ☒
Si/Si ☐

Accidente laboral
Accidente laboral

No/Non ☒
Si/Si ☐

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día ☐
Día

Mes ☐
Mes

Año ☐
Año

Continúa 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 18 de **SEPTIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a LEIDE JOSELIN DELGADO BUSTAMANTE que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº Z1518457W según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **17** de **09** de **2025** a las **08:15** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA**.

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



