

FALLECIDO: Nombre JOSEFA CORZÓN CORZÓN D.N.I. N° 33171216-H
id. de los padres ANTONIO / MAXIMINA
Naturaleza A BANTA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 29 DE AGOSTO DE 1937
Profesión _____ Estado VIUDA Domicilio RUA DO MONTE SEIRO, 23
SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: _____ horas del día 10 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio (RESIDENCIA FUNDACIÓN AMANCIO ORTEGA)
RUA MONTE DO SEIRO, 23 - SANTIAGO
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: _____ Nombre _____

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. JOSÉ RAMÓN RODRÍGUEZ CORZÓN (HUO) D.N.I. 33221151-C
domiciliado en _____

L SEÑOR
D/ña. Ros JOSEFA CORZÓN CORZÓN
(VIUDA DE RAMÓN RODRÍGUEZ GARCÍA) - D.ª CALEAO (UECIMA RUA DE SAN PEDRO-SANTIAGO)
falleció en _____ en el día de 10/12/25 a los 98 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____
Hijos CARMUCHA, NIEVES, RAMÓN, JOSEFA Y BETI RODRÍGUEZ CORZÓN

Hijos políticos JACINTO HERNÁNDEZ CALVO, ANTONIO ZARDOYA JORDAN (f), ELISA DÍAZ COSTA PALLARES,
JOSÉ MANUEL PAMPÍN ALVAREZ Y MANUEL PELETEIROA FEANS

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos ANTONIO CORZÓN

Hermanos políticos CARMEN GOSSENDE

NIEPOS POLÍTICOS

Nietos SI Bisnietos SI Tíos _____ 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 _____

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
CORZON

SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELLIDO
CORZON

NOMBRE / NOME
JOSEFA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
29 08 1927

ADSP
AF0113436

VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

CCJ

Josefa Corzon

DNI NÚM.
33171216H



IDESPAF0113436533171216H<<<<<
2708296F9901018ESP<<<<<<<<<<7
CORZON<CORZON<<JOSEFA<<<<<<<<<

ESPAÑA



DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELIDOS

RODRIGUEZ
CORZON

NOMBRE / NOME

JOSE RAMON

SEXO / SEXO

M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE

ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO

15 01 1956

NUM. DOPORT

BIE132587

VALIDEZ / VALIDEZ

29 03 2027







429568

DNI 33221151C

SOLICITANTE

106042708

Nº Certificado/Nº certificado

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña.

SANTIAGO COUCHEIRO VILAR

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

A CORUÑA

, con el número
, co númeroy con ejercicio profesional en
e con exercicio profesional en

SANTIAGO

Colegio actual
Colegio actualNº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

154618306

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

JOSEFA

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

CORZON

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

CORZON

Fecha de nacimiento

Día

Mes

Año

Data de nacemento

Día

Mes

Año

29

08

1927

Sexo:

Varón

Mujer

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

33171216-H

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

23:00

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

2025

2025

¿En qué municipio ocurrió la defunción? / En que concello ocorreu a defunción? RESIDENCIA SERVISANOR O CASTELARDO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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)

insuficiencia respiratoria
aguda

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

tromboembolismo de riego

Debido a/Debido a

(c)

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d)

intoxicación por alcohol

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

¿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

No/Non

Sí/Si

Fecha del mismo:
Data do mesmo:

Día

Día

Mes

Mes

Año

Año

Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existem riscos infecciosos?

Si/Sí ☐ No/Non ☒

Enfermedad infecciosa/Enfermidade infecciosa

Grupo/Grupo I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/Posibilidade de incineración

Si/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 11 de diciembre de 2025

Firma del médico
Sinatura do médico

[Firma]

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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐

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 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefritis crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 5 ☐ ☐ ☐ ☐

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 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐

Otras recomendaciones

- Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas y/o siglas.
- Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
- 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.

Instruções básicas de Certificação:

A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunção se comece pela **causa Imediata** e se remate coa **causa Inicial ou fundamental**, é dizer, 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 Defunção.

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 transcurrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunção, 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 excluyentes, é decir, 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 ☐ ☐ 4 5 ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐

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.

Ejemplo: (a) Hemoraxia cerebral debido a 3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 2 ☐ ☐ ☐ ☐

(c) Pielonefrite crónica

debido a ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 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 defunção. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐

5 Outros procesos:

Otros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Ejemplo: Diabete

Horas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 1 0 ☐ ☐

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
- Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
- 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.



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 **12** de **DICIEMBRE** de **2025**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a JOSEFA CORZÓN CORZÓN que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE nº 33171216H según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **10** de **DICIEMBRE** de **2025** a las 23:00 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.





TITULO DE CONCESION

DE USO DA SEPULTURA N° 1.702

DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

En cumprimento do Decreto da Alcaldía do 18 de maio de 2000 n° 1.456 e, acreditado o pagamento das taxas correspondentes na Tesourería Municipal, queda inscrito no Libro de Rexistro do Cemiterio a concesión de uso sobre a sepultura n° 1.702, ubicada no treito F, sección 6, fila 4, n° de orde 22°, do Cemiterio Municipal de Boisaca, en favor de DNA. JOSEFA CORZON CORZON E FILLOS: DNA. Mª DEL CARMEN, DNA. NIEVES, D. JOSE-RAMON, DNA. JOSEFA E DNA, BEATRIZ RODRIGUEZ CORZON, polo prazo de noventa e nove anos, e limitado o seu uso á autorización previa do titular e suxeito ás disposicións do Regulamento do Cemiterio Municipal de Santiago de Compostela e ás súas modificacións.

Santiago de Compostela, a 19 de maio de 2000.

O ALCALDE-PRESIDENTE

O SECRETARIO XERAL

