

OTROS CONCEPTOS

Llegada 1ª persona Sábado por la mañana 10:00 h.
(Teresa)

Salida y Jtº Carmen: Llegada 10:15 h.

(Urb)

FALLECIDO: Delia Rosario Álvarez

Fecha de fallecimiento: 19- Diciembre- 2025

Domicilio: Rua Lisboa N: 2 S: Derecha

Teléfonos: 652.895417 - María del Carmen (amiga)

E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-0	Medida 1,90
Capilla ardiente	Complejo Pentecostal	Sala Prep. NO Libro SI
Gestión funeraria	SI	☒ Tramitación UUV
Carroza traslado	Domicilio-Complejo	
Prensa	NO	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	Urb	
Turismo	18:00 h. Recoger en Casa. Camino	
Certificado médico	SI	Registro Civil SI
Carroza	—	Personal SI
Ayunt.º: Sepultura		
Iglesia	Capilla Complejo	
Incineración	SI (19:00hrs)	Urna: Básica y Mini urna (grs)
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino
Cantores	Amigos	Funeral: Don Juan V.
Flores	Centro R.R. Blancas "Tus amigos"	60 (18432)
	(En una caja)	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

(No acondicionamiento)

FALLECIDO: Nombre DELIA RANCAÑO ALVAREZ D.N.I. N° 33262794X
id. de los padres BALBINO / ALEJANDRINA
Naturaleza AVELLANEDA - BUENOS AIRES Provincia ARGENTINA
Día, mes y año de nacimiento 29-03-1953
Profesión _____ Estado Soltera Domicilio Rua Lisboa N°25-Derecha
Tombinas

Fallecimiento: Fecha: 13/10 horas del día 19 de DICIEMBRE de 2025
Domicilio SU DOMICILIO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APOSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre FACTURA A NOMBRE FALLECIDO

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. MARIA DEL CARMEN VAZQUEZ REY (amiga) D.N.I. 33215893Y
domiciliado en RUA LISBOA, N° 2, 5° - SANTIAGO

D/ña. Delia Rancaño Alvarez L SEÑOR
(Vecina de Tombinas - Santiago)

falleció en _____ en el día de 19/12/2025 a los 72 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos "Su familia"

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ 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

ES  **REINO DE ESPAÑA**
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 33262794X 



APELLIDOS / APELLIDOS
RANCAÑO
ALVAREZ

NOMBRE / NOME
DELIA

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP 29 03 1953

EMISIÓN / EMISSION VALIDEZ / VALIDEZ
25 11 2021 25 11 2031

NUM. SOPORTE
CBE155634

 672384

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

 DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. LISBOA 2 P05 D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AVELLANEDA BUENOS AIRES
ARGENTINA

HIJOS DE / FILLOS DE
BALBINO / ALEJANDRINA

15771L6D1

IDESPCBE155634333262794X<<<<<<
5303290F3111253ESP<<<<<<<<<<<<9
RANCAÑO<ALVAREZ<<DELIA<<<<<<<<<

FALLECIDA

ESPAÑA  DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
VAZQUEZ
REY

NOMBRE / NOME
MARIA DEL CARMEN

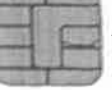
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP 13 10 1954

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
13 10 1954

NUM. SOPORTE VALIDEZ / VALIDEZ
BGW187895 08 05 2028

DNI 33215893Y  897664

 DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. LISBOA 2 P05 ES
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

 LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
POBRO
A CORUÑA

NUM. DE / PLACAS DE
RANOW / CARMEN

15771L6D1

IDESPBGW187895333215893Y<<<<<<
5410134F2805081ESP<<<<<<<<<<<<0
VAZQUEZ<REY<<MARIA<DEL<CARMEN<

DECLARANTE



Colegio de



Colegio de

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105974722

Nº Certificado/Nº certificado

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

CARLOS GARCÍA ESTRADA CORUÑA

LA CORUÑA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

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

15017547

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

DELIA

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

RANCAÑO

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

ALVAREZ

Fecha de nacimiento
Data de nacemento

Día 29

Mes 03

Año 1953

Sexo:

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

Número:

33262794-X

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

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

Número:

Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunción

Hora : minutos

13 : 10

Día 19

Mes 04

Año 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
Intervalo de tempo aproximadoI. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) FIBRILACIÓN AURICULAR

Horas Días Meses Años

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Horas Días Meses Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

Horas 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/Si ☐Accidente laboral
Accidente laboralNo/Non ☒
Sí/Si ☐Fecha del mismo:
Data do mesmo:Día ☐Mes ☐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?/Possibilidade de incineração

Si/Sí ☒ No/Non ☐

Incineración condicionada por:/Incineração condicionada por:

- ☐ Retirada de Marcapasos/Retirada de marcapasos
☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos/Tratamento com isótopos radioativos
☐ Existencia de prótesis/Existencia de prótesis

En SANTIAGO, a 19 de DICIEMBRE de 2025

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 ☐ ☐ 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 cumprimento 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.

Ejemplo:

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) Hemorraxia 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:

Outros 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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, veinticuatro horas desde el momento de la muerte.

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vinte e catro horas desde o momento da morte.

Reglamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falecemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Téndose inscrito no Rexistro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
la defunción de don DELIA RANCAÑO ALVAREZ
a defunción de don/a DELIA RANCAÑO ALVAREZ
ocurrída a las TRECE Y DIEZ
ocurrída ás

horas del día Diecinueve
horas do día Diecinueve
de DICIEMBRE de DOS MIL VEINTICINCO
de DICIEMBRE de DOS MIL VEINTICINCO

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa del fallecimiento:

do fallecimiento
concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as sean las Diez horas siguientes a la del fallecimiento.
~~veinticuatro~~ horas do fallecemento

Registro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA
Rexistro Civil de SANTIAGO DE COMPOSTELA

A VEINTE de DICIEMBRE
O VEINTE de DICIEMBRE
de DOS MIL VEINTICINCO
de DOS MIL VEINTICINCO

(El Juez)
(O xuíz)

LAS





APOSTOL

FUNERARIA | TANATORIO

AUTORIZACIÓN REPARTO DE CENIZAS

Doña María del Carmen Vázquez Rey, con domicilio en Rúa Lisboa, 2 – 5º Es – Santiago de Compostela.

AUTORIZA a Funeraria Tanatorio Apóstol Santiago, S.L., el reparto y depósito de las cenizas resultantes de la cremación de Doña Delia Rancaño Álvarez en 1 urna básica de aluminio y 1 mini urna básica de aluminio.

El declarante manifiesta, bajo su responsabilidad, que los datos aquí expuestos son ciertos.

En Santiago, a 20 de diciembre de 2025

Fdo. Doña María del Carmen Vázquez Rey
DNI nº 33215893 Y

Santiago de Compostela, a 20 de diciembre de 2025.

Siendo las 10:25 horas del día de la fecha, D^a. María del Carmen Vázquez Rey, como representante de la finada Delia Rancaño Álvarez, recibe en este acto de Funeraria Tanatorio Apóstol Santiago, SL un par de pendientes de oro blanco retirados a la mencionada finada.



Fdo. María del Carmen Vázquez Rey
D.N.I: 33215893 Y

