OTROS CONCEPTOS

ntro FV2 Rj+Bl: Tu familia de Australia (659002430)
ubro 18 R.B. Familia F. PAGADO web S132

UCRO 124 R. Rj PAGADO CPV MAUDIA

Arca, tanatorio, Libro, 2 Coronas, 1 Centro
ecordatorios, Correo 2, 1 Radio, Autobus
Coche acompañamiento, Servicio Religioso
Incineración

FALLECIDO: Santiago López Martínez web

SI-56
SI-47
SC-22
Santa Lucía 615 775 453
9724E

Fecha de fallecimiento 23- Enero - 2026

Domicilio H. Clínico - Stgo

Teléfonos: 659002430 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo C.O Medida	
Capilla ardiente X Cervantes Sala Prep. sí Libro X sí	
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X Hospital - Complejo	
SÁBADO 12:00 Prensa: Correo 2; Voz Galicia Stgo. 2	
Radio NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO	
Ómnibus acompañamiento NO X Hospedería	
Turismo Barreiro id. X Recoger en S. Martín Pinario (11:30)	
Certificado médico X Si X Registro Civil: Santiago	
Carroza NO Personal sí	
Ayunt.º: Sepultura —	
Iglesia X Capilla Complejo	
Incineración X Si Urna: X Básica	
Presencian ☐ SI ☐ NO Destino Custodia familiar	
Cantores Si X Javier X Funeral: D. Eugenio	
Flores: Corona RBL: Familia Glez Rendo; Corona RBL: María y Cheda; Fernando y Sabina; Centro 18 B (EC): Alba, Antía, Lola y Mª	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

Tu esposa, X 1 Trifa Prang

FALLECIDO:

Nombre Santiago López Martinez D.N.I. Nº 33219986 M

id. de los padres Enrique y Mª Esther

Naturaleza Santiago Provincia A Coruña

Día, mes y año de nacimiento 27/7/1955

Profesión Estado Casado Domicilio c/ Comedora das Fraguas 88 - 2º D - Stgo.

Fallecimiento:

Fecha: 03:15 horas del día 23 de ENERO de 2026

Domicilio H. Clínico

Cementerio Crematorio Apostol. Ayunt.º Stgo.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña. Santiago López Martinez

falleció en en el día de 23/1/26 a los 70 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a : Amelia Glez. Rendo.

Hijos : Mª y Edo López Glez.

Hijos políticos : Cheda y Sabrina

Padres : Alba, Antía, Lola y María.

Abuelos

Padres políticos

Hermanos demás familia y amigos.

Hermanos políticos "Te queremos"

Misa: Sábado a las

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Primos

y demás familia.- Conducción Incin: En la intimidad familiar

Funerales

en la iglesia de Capilla Ard.: Complejo S. Cov.

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
LOPEZ
MARTINEZ

NOMBRE / NOME
SANTIAGO

SEXO / SEXO M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP

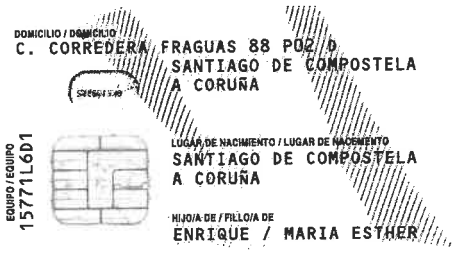
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
27 07 1955

NUM SOPORT BKZ102552

VALIDEZ / VALIDEZ 05 11 2029

DNI 33219986M

867264



DOMICILIO / DOMICILIO
C. CORREDERA FRAGUAS 88 P02/D
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
ENRIQUE / MARIA ESTHER

IDESPBKZ102552333219986M<<<<<<
5507272M2911054ESP<<<<<<<<<<<5
LOPEZ<MARTINEZ<<SANTIAGO<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELLIDOS
LOPEZ
GONZALEZ

NOMBRE / NOME
MARIA

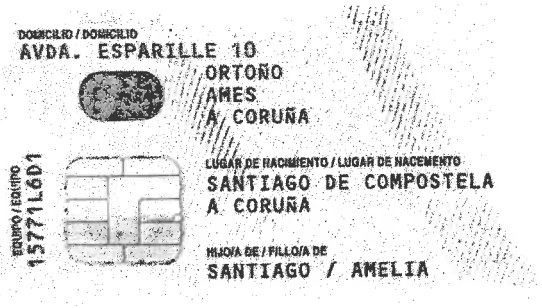
SEXO / SEXO F
NACIONALIDAD / NACIONALIDADE ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
06 04 1979

NUM. SOPORT BHK132301
VALIDEZ / VALIDEZ 04 07 2028

778304

DNI 44824513C



DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. ESPARILLE 10
ORTOÑO
AMES
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO 15771L6D1

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
SANTIAGO / AMELIA

IDESPBHK132301844824513C<<<<<<
7904060F2807041ESP<<<<<<<<<<<3
LOPEZ<GONZALEZ<<MARIA<<<<<<<<<

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de*

Sello/*Carimbo*

Nº Certificado/*Nº certificado*: 105715213

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* Hector Daniel Madrid Yegres

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* Santiago de Compostela, con el número / *, co número*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* CHUS

Colegio actual / *Colexio actual*: 15

Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*: 8130

1ª colegiación / *1ª colexiación*: D

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

1º Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** LOPEZ

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** MARTINEZ

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 27 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 1955

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* [X] — Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33219986-M
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- [ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos* 03:15 — Día / *Día* 23 — Mes / *Mes* 01 — Año / *Ano* 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***¿En que concello ocorreu a defunción?:*** Santiago de compostela

- Domicilio particular / *Domicilio particular* [ ]
- Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [X]
- Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* [ ]
- Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* [ ]
- Otro lugar / *Outro lugar* [ ]

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.*

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas de defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) FALLO MULTIORGANICO — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) CANCER DE POLMON ESTADIO IV — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Outros procesos***[5] — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / ***Houbo indicios de morte violenta?*** — Sí / *Si* [ ] — No / *Non* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / ***Practicouse autopsia clínica?*** — Sí / *Si* [ ] — No / *Non* [X]

¿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* [X] — Sí / *Si* [ ]
- Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* — Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso / *Continúa ao reverso*

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*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/*En* Santiago, a/*a* 23 de/*de* enero de/*de* 2026

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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

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 ↓ Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

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 ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 5

II

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 ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. 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.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **causa Inmediata** e se remate coa causa **Inicial ou fundamental**, é dicir, 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 Defunción.*

***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 transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, 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 excluíntes, é dicir, 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 ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Anos ☐☐

I

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.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos ☐☐

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).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 1 0

II

5 Outros procesos:

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

Exemplo: Diabete — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Anos 5

Outras recomendacións

1. *Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.*
2. *Evitar abreviaturas e/ou siglas.*
3. *Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.*
4. *Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.*
5. *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.

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

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 23 de **ENERO** de **2026.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª SANTIAGO LÓPEZ MARTÍNEZ que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° 33219986M según la certificación facultiva presentada, que constata la fecha de la muerte el día **23** de **ENERO** de **2026** a las 03:15 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.

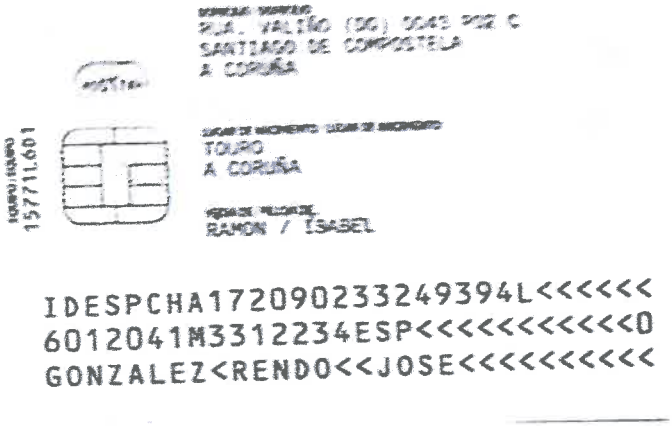
FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
23/01/2026 14:23	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	EVA BERNARDEZ PEREIRAS	ENCARGADO

RG:uTga-e6Cq-crfY-JKNf

ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
LOPEZ
MARTINEZ
SANTIAGO
M
ESP
27 07 1955
B 2102552 05 11 2029
851119
DNI 33219986M
867264

C. CORREDERA FRAGUAS 88 POZ 8
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
ENRIQUE / MARIA ESTHER
IDESPBKZ102552333219986M<<<<<<
5507272M2911054ESP<<<<<<<<<<<5
LOPEZ<MARTINEZ<<SANTIAGO<<<<<<

ES
REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
DNI 33249394L
GONZALEZ
RENDO
JOSE
M
ESP
04 12 1960
23 12 2023
23 12 2033
CHA172090
304960
NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE


RUA. VALIÑO (DC) 3043 POZ C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA
TOURO
A CORUÑA
RAMON / ISABEL
IDESPCHA172090233249394L<<<<<<
6012041M3312234ESP<<<<<<<<<<<0
GONZALEZ<RENDO<<JOSE<<<<<<<<<<

CONCELLO DE SANTIAGO

SRB/157/2006

CONCELLO DE SANTIAGO

TITULO DE UNIDADE DE ENTERRAMENTO DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

Panteón - 17 Rúa "B"

Tres nichos e un cinerario da columna central

0B017C201, 0B017C202, 0B017C203 e 0B017C2CC

Outorgada a Propiedade por Acordo da Comisión Municipal Permanente de data 22 de novembro de 1962 e autorizada a transmisión do dereito funerario por Resolución da Concelleira Delegada de Cemiterios de data do 16-03-2006, favor de:

Titulares	DNI
MARIA ESTHER MARTÍNEZ FIGUEIRAS	33022877Y
MARINA MARTÍNEZ FIGUEIRAS	33082333F

O uso da unidade de enterramento esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

En caso de traslación de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 17 de marzo de 2006

A CONCELLEIRA DELEGADA DE CEMITERIOS

O SECRETARIO XERAL DO GOBERNO MUNICIPAL

Asdo.: Marta Álvarez-Santullano Fernández-Trigales

Asdo.: José Ramón Alonso Fernández

EXCMO. CONCELLO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA