

OTROS CONCEPTOS

NO 24 ROSAS ROSAS: AGRUPACIÓN DEPORTISTAS VETERANOS DE SANTIAGO
(ALBERTO DUINANA) (104150)

NO 50 ROSAS ROSAS: Familia DOLO Calvo - (Pueblo y Esteban)
(S. 104150)

NO 18 ROSAS ROSAS: Tus hermanas • B15938269
NO 24 ROSAS ROSAS: Tus hermanas políticas •
NO 24 ROSAS ROSAS: Tu madre • Fta Hnos. Roca
659041989 L. 104150

NO 18 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps

NO 18 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps

NO 18 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps

NO 18 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps

NO 18 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps

NO 18 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps

NO 18 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps

NO 18 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps

NO 18 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps
NO 24 ROSAS ROSAS: Fútbol Sala • Fta Hnos. Roca • Peps

ST-111
ST-180

FALLECIDO: ANTONIO PUENTE LÍSTE

Fecha de fallecimiento 30. MARZO-2026

Domicilio H. CLÍNICO - SANTIAGO

Teléfonos: 669 581405 - Esteban E-mail: esteban.puente@hotmail.com

CONCEPTOS		SERVICIO PRESTADO
Arca modelo C-3	Medida 190	1420
Capilla ardiente TOURAL	Sala Prep. si Libro si	
Gestión funeraria si	☐ Tramitación UUV	
Carroza traslado HOSPITAL - TANATORIO		
Prensa Correos 3		
Radio River Marites		
Recordatorios fúnebres / tarjetas		
Ómnibus acompañamiento		
Turismo Barro X Payer 16:45 en domicilio		
Certificado médico si	Registro Civil SANTIAGO	
Carroza Personal		
Ayunt.: Sepultura Boisaco Sep 10837 Concepción		
Iglesia CAPILLA COMPEJO		31390
Incineración Urna		
Presencia ☐ SI ☐ NO	Destino	
Cantores si 500 de Juvén	Funeral JUAN VENTURA	
Flores Cana 10 Tu esposa		161
	Canan 10 Tu hijo e hijo Político -	161
	Esteban San Jorao	

☒ Sudario ☐ Cubrefúntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre ANTONIO PUENTE LISTE D.N.I. Nº 33241684Z
id. de los padres ALFREDO Y JOSEFA TRINIDAD
Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 14 - ABRIL - 1960
Profesión _____ Estado _____ Domicilio Rúa Agro dos Horos
45 - Santiago
Fecha: 23¹⁰ horas del día 30 de MARZO de 2026
Fallecimiento: Domicilio HOSPITAL CLÍNICO - SANTIAGO
Cementerio Boisaca Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. Maria del Rosario Espiña Moure (esposa) D.N.I. 33253538T
domiciliado en El mismo

L SEÑOR
D/ña. ANTONIO PUENTE LISTE (Vecino de Arrio - Santiago)
falleció en _____ en el día de 30/3/26 a los 65 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a Maria Rosario Espiña Moure
Hijos Antonio y Estefanía Puente Espiña
Hijos políticos Esteban Otero Calvo

Padres Trinidad Liste Bozas (Uda de Alfredo Puente Mallou)
Abuelos _____
Padres políticos _____
Hermanos Pedro, Miguel, Manuel (H) Puente Liste -

Hermanos políticos Maria Andrade, Magdalena Lillo, Marisa, Montse, Lucre (H),
Isi (H) e Isisel Espiña; Juan Rodriguez, Aurora Ramiñan -
Nietos no Bisnietos _____ 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

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

DNI 33253538T (11709)

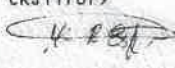
APELLIDOS / APELLIDOS
ESPIÑA
MOURE

NOMBRE / NOME
MARIA DEL ROSARIO

SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACIMENTO
F ESP 30 01 1961

EMISION / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
30 04 2025 30 04 2035

NUM SOPORTE
CKJ117079

 352960

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DIRECCIÓN / DIRECTION
RUA, AGRO DOS MOZOS 45
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

ESPOSA / ESPOSA
JAIME / MARIA LUISA

157711601

IDESPCKJ117079033253538T<<<<<<<
6101301F3504303ESP<<<<<<<<<<<<3
ESPINA<MOURE<<MARIA<DEL<ROSARI

ESPOSA

OMC

ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑACONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Colegio de

Sello/Carimbo

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

105969406

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.
D. / Dña.

MARTÍN PÉREZ MARTÍNEZ

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 DE COMPOSTELA

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

154512686

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

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

ANTONIO

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

PUENTE

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

LISTE

Fecha de nacimiento
Data de nacementoDía 14
DíaMes 04
MesAño 1960
AñoSexo:
Sexo:Varón ☒
VarónMujer ☐
MullerDocumento
de identidad:☒ D.N.I.
☐ PasaporteNúmero:
Número:

33291684-7

Documento
de identidad:☐ Pasaporte
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia)Número:
Número:Número:
Número:Hora y fecha de la defunción
Hora e data da defunciónHora : minutos
Hora : minutos

23 : 10

Día 30
DíaMes 03
MesAño 2026
Año

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

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) FALCADO MULTIORGÁNICO

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Debido a/Debido a

(c)

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CANCER DE COLON ESTADIO IV

Debido a/Debido a

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VE-
NOSA.

¿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 No/Non ☒ Accidente laboral No/Non ☒
Accidente de tráfico Sí/Sí ☐ Accidente laboral Sí/Sí ☐Fecha del mismo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐
Data do mesmo: Día ☐ Mes ☐ Año ☐Continúa al reverso
Continúa ao reverso

¿Existen riesgos infecciosos?/Existen 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 DE, a 30 de MARZO de 2026
En COMPOSTELA, a de de

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 45 Días 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 Horas 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 2 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 2 Horas Días Meses Años

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotaré 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 Días Meses Años

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 10 Días Meses Años

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 pola **causa imediata** 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 a 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 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.

Ejemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días

Horas 45 Días Meses Años

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 Horas Días Meses Años

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 Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 2 Horas Días Meses Años

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 10 Días Meses Años

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 5 Días Meses Años

Otras recomendacións

- Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
- Evitar abreviaturas e/ou siglas.
- Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüedades.
- 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 31 de **MARZO** de 2026.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **ANTONIO PUENTE LISTE** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **33241684Z** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **30 de MARZO DE 2026** a las **23:10** 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.



