

OTROS CONCEPTOS

con 40 pesos bl: **PAGADO** de fiesta de Santiago
 ↳ Mandar datos para la **PAGADO** web
 1to Plac modl: C.S. **PAGADO** web
 1to Plac modl: Dependiente de Ciencias Tecnológicas! **PAGADO**

FALLECIDO: DOLORES COBOS SIERRA

Fecha de fallecimiento 21 DE ABRIL DE 2026

Domicilio
República Argentina, 15-B - Santiago

Teléfonos: 617534288 Salond (H12) E-mail:

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C-1	Medida 1,90
Capilla ardiente	TOURAL	Sala Prep. SI Libro NO
Gestión funeraria	SI	☐ Tramitación UUW
Carroza traslado	HOSPITAL AL CAMPEJO	
Miércoles	NO	
Prensa	18:00	
Radio	NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas	NO	
Ómnibus acompañamiento	SI NO	
Turismo	SI	RECORRER EN TOURS VIAGROS 17,40
Certificado médico	SI	Registro Civil SANTIAGO
Carroza	Personal	
Ayunt.º Sepultura	BOISACH - N° 10330	Pando
Iglesia	CAPILLA	
Incineración	Urna	
Presencia	☐ SI ☐ NO	Destino Rebs
Cantores	SI ELISA LUNA	Funeral: JOSE MARIA
Flóres	500 [CENTRO 18 R/B E/C • "TU PATRICIA"	150 (12831)
☒ Sudario	☒ Cubrefúntos	☒ Acondicionamiento
		☐ Rosario

FALLECIDO: Nombre DOLORES COBOS SIERRA D.N.I. N° 23493656
id. de los padres ANTONIO Y DOLORES
Naturaleza VILLA SANJURJO Provincia MARDUECOS
Día, mes y año de nacimiento 22 DE DICIEMBRE DE 1937
Profesión _____ Estado CASADA Domicilio REPÚBLICA ARGENTINA, 1-5-B - SANTIAGO (A CORUÑA)

Fallecimiento: Fecha: 21:35 horas del día 21 de ABRIL de 2026
Domicilio HOSPITAL CLÍNICO
SANTIAGO (A CORUÑA)
Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre JOSÉ DANIEL SEUS GARCÍA

LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____ ; Página _____
DECLARANTE D. JOSÉ DANIEL SEUS GARCÍA (ESPOSO) D.N.I. 33153586-Y
domiciliado en REPÚBLICA ARGENTINA, 1-5-B - SANTIAGO (A CORUÑA)

D/ña. DOLORES COBOS SIERRA L SEÑOR

falleció en _____ en el día de 21/4/26 a los 88 años NO
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos SU FAMILIA

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos _____

Hermanos políticos _____

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos _____

y demás familia.- Conducción MIÉRCOLES

Funerales _____

en la iglesia de CAPILLA COMPLETO

CASA MORTUORIA: SAN JOURNAL

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
COBOS SIERRA
 NOMBRE / NOME
DOLORES
 SEXO / SEXO **F** NACIONALIDAD / NACIONALIDADE **ESP**
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
22 12 1937
 MUNI REPORT **BDD158500** VALIDEZ / VALIDEZ **01 01 9999**
 DNI **23493656F** **461184**

DOMICILIO / DOMICILIO
C. REPUBLICA ARGENTINA 1 P05 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NASCIMENTO
VILLA SANJURJO
MARRUECOS

NÚMERO DE / FOLIO DE
ANTONIO / DOLORES

IDESPBD158500423493656F<<<<<<
3712225F9901018ESP<<<<<<<<<<<<1
COBOS<SIERRA<<DOLORES<<<<<<<<<

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD



APELLIDOS / APELLIDOS
SELAS GARCIA
 NOMBRE / NOME
JOSE DANIEL
 SEXO / SEXO **M** NACIONALIDAD / NACIONALIDADE **ESP**
 FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NASCIMENTO
16 07 1945
 MUNI REPORT **BDD158646** VALIDEZ / VALIDEZ **01 01 9999**
 DNI **33153586Y** **089088**

DOMICILIO / DOMICILIO
C. REPUBLICA ARGENTINA 1 P05 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUNA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1



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

NÚMERO DE / FOLIO DE
JOSE / MARIA DOLORES

IDESPBD158646933153586Y<<<<<<
4507161M9901018ESP<<<<<<<<<<<<0
SELAS<GARCIA<<JOSE<DANIEL<<<<<

105960911

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. LUCÍA FERNÁNDEZ PÉREZ

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA

en Medicina e Cirurxia, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en SANTIAGO DE COMPOSTELA

e con exercicio profesional en

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

152880521

1ª colegiación
1ª colexiación

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

DOLORES

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apelido do falecido/a:

COBOS

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apelido do falecido/a:

SIERRA

Fecha de nacimiento

Día

22

Mes

12

Año

1937

Sexo:

Varón

Mujer

Data de nacemento

Día

22

Mes

12

Año

1937

Sexo:

Varón

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

23493656-F

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

N.I.E. (Tarxeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora : minutos

21:35

Día

21

Mes

04

Año

2026

Hora e data da defunción

Hora : minutos

21:35

Día

21

Mes

04

Año

2026

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

Domicilio particular

Centro hospitalario

☒

Residencia socio-sanitaria

Lugar de trabajo

Otro lugar

Domicilio particular

Centro hospitalario

☒

Residencia socio-sanitaria

Lugar de traballo

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) PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

Vébo corrección 10

Debido a/Debido a

(b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Horas

Días

Meses

Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas

Días

Meses

Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

Debido a/Debido a

(d) BRONCOASPIRACION

Horas

Días

Meses

Años

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

ETERIORO COGNITIVO

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 No/Non

Accidente laboral No/Non

Accidente de tráfico

Sí/Si

Accidente laboral

Sí/Si

Fecha del mismo:

Día

Mes

Año

Data do mesmo:

Día

Mes

Ano

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 próteses

En SANTIAGO, a 21 de ABRIL de 2025
En , a de de

Firma del médico
Sinatura do médico

1430222
DRA. LUCÍA FERNÁNDEZ
PERE7

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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 00 00
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 00 00 00 02
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefritis crónica

debido a 00 00 00 02
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 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

00 00 00 05
Horas Días Meses Años

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

00 00 00 10
Horas Días Meses Años

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.

Instrucciones 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 transcurrido 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 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 00 Días 45 Meses 00 Años 00

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 00 00 00
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 00 00 00 02
Horas Días Meses Años

(c) Pielonefrite crónica

debido a 00 00 00 02
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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

00 00 00 10
Horas Días Meses Años

II

5 Outros procesos:

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

Ejemplo: Diabetes

00 00 00 10
Horas Días Meses Años

Otras 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.



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 **22** de **ABRIL** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **DOLORES COBOS SIERRA** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **23493656F** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **21 DE ABRIL DE 2026** a las **21:35** 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.



TÍTULO DE CONCESIÓN

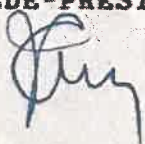
Da SEPULTURA nº 10330, ubicada no treito D, sección 3ª, fila 13ª, nº de orde 23, no cemiterio municipal de Boisaca a nome de D. JOSE SELAS GARCIA, Dña. DOLORES COBOS SIERRA, Dña. Mª DE LOS ANGELES, D. ANDRES, Dña. MARISOL, e Dña. Mª DEL CARMEN RODRIGUEZ COBO, e Dña. SALOME SELAS COBOS.-----

pola que pagaron a cantidade de 34.000 ptas., incluída autorización para construción de subterráneo, segundo as taxas fixadas na Ordenanza fiscal nº 21.

Concedida por Decreto da alcaldía con data 11 de xullo de 1.989 coa facultade de usar da sepultura cando sexa preciso, previa autorización da alcaldía. Non podendo utilizarse por outra persoa sen o seu consentemento.

Santiago de Compostela, 12 de xullo de 1.989

O ALCALDE-PRESIDENTE



O SECRETARIO XERAL

