

OTROS CONCEPTOS

Centro RR- Lucrecia Riera y familia • Pe
Dentro 1800- Tu amigo Rosa, Debora
PACAPU 1095

046 FALLECIDO: ESTHER IGLESIAS GIL (web)
Fecha de fallecimiento 28 DE JUNIO DE 2026
Domicilio C/ VISTA ALEGRE, N° 26-1° - SANTIAGO
Teléfonos: 647296097 - LUISA E-mail: 646691440

CONCEPTOS			CLARA	Servicio prestado
Arca modelo	C-0	Medida	1'90	893
Capilla ardiente	QUINTANA	Sala Prep. Si	Libro Si	676 + 55 + 2
Gestión funeraria	Si	☐ Tramitación UUV		177'30
Carroza traslado	Domicilio - COMPLEJO			110'70
LUNES				210
Prensa				
Radio	Paseo Alcazar Jirox			
Recordatorios fúnebres / tarjetas	—			
Ómnibus acompañamiento	—			
Turismo	id. Receptor cura en Casa de monjes			61'50
Certificado médico	Si	Registro Civil: SANTIAGO		3
Carroza	Personal			183'30
Ayunt.º: Sepultura	Boisaca 9358 - Mantas: 11º-12º 116'80			
Iglesia	CAPILLA COMPLEJO			154
Incineración	(SI) 22:30	Urna:	Básica	360'95
Presencian	☐ SI ☐ NO	Destino		
Cantores	Funer: Luis- Lomas			60 (132'80)
Flores	ALCORONA ROSAS ROJAS: TU FAMILIA			146
	CORONA ROSAS BLANCAS: TUS PRIMOS			146
				27'90
				27'90

FALLECIDO: Nombre ESTHER IGLESIAS GIL D.N.I. Nº 33212832-6
id. de los padres GERARDO/ESTHER JOVITA
Naturaleza RAMIRAS Provincia OURENSE
Día, mes y año de nacimiento 08 DE MARZO DE 1952
Profesión Estado SOLTERA Domicilio C/VISTA ALEGRE, 26-1º
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Fallecimiento: Fecha: 04:47 horas del día 28 de JUNIO de 2026
Domicilio C/ VISTA ALEGRE, Nº 26 - 1 - SANTIAGO
Cementerio CREMATARIO COMPLEJO APÓSTOL Ayunt.º SANTIAGO

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo; Página

DECLARANTE D. (.....) D.N.I.
domiciliado en

L SEÑOR

D/ña.

falleció en en el día de a los años
confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos

Hijos políticos

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



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106138542

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña.

D. / Dna.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en
en Medicina e Cirurgia, colexiado/a en
y con ejercicio profesional en
e con ejercicio profesional en

Melissa Monserrat Baraja Prado, Sda
A Coruña
Santiago de Compostela

Colegio actual
Colegio actual

Nº de colegiado/a
Nº de colexiado/a

15/5/4670
1ª colegiación
1ª colexiación

con el número
co número

CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

ESTHER

1º Apellido del fallecido/a:

1er. Apelido do falecido/a:

IGLESIAS

2º Apellido del fallecido/a:

2ª Apelido do falecido/a:

GIL

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día 08

Mes 03

Año 1952

Sexo:

Varón

Mujer

Documento
de identidad:

☒ D.N.I.
☐ D.N.I.

Número:

33212832-6

Documento
de identidad:

☐ Pasaporte
☐ Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:

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

Número:

Número:

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

04:47

Día 28

Día 28

Mes 06

Mes 06

Año 2026

Año 2026

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

Santiago de Compostela

Domicilio particular
Domicilio particular

☒

Centro hospitalario
Centro hospitalario

☐

Residencia socio-sanitaria
Residencia socio-sanitaria

☐

Lugar de trabajo
Lugar de trabajo

☐

Otro lugar
Outro lugar

☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causas de defunción (consultar instrucciones na página 2)

Intervalo de tiempo aproximado
Intervalo de tempo aproximado

I. Causa inmediata² / Causa inmediata²

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
PARO CARDIACO

Horas Días Meses Años

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) CARCINOMA DUCTUAL INFILOTRANTE
DE MAMA CON METASTASIS

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Debido a/Debido a

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

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

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 28 de junio de 2026
En La Jirafal, a de de

Firma del médico
Sinatura do médico

Melissa Lino

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 2
(c) Pielonefritis crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 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 ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Años ☐ ☐ 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 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 Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermedade 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 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.

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 ☐ ☐ ☐ ☐ 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).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐ 2
(c) Pielonefrite crónica debido a ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐ 2

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermedade 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 ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐ 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: Diabetes ☐ ☐ ☐ ☐ Meses ☐ ☐ Anos ☐ ☐ 5

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.



MINISTERIO
DE JUSTICIA



MINISTERIO
DE JUSTICIA

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

OFICINA GENERAL DEL REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

Habiéndose acreditado la defunción de ESTHER IGLESIAS GIL con documento identificativo DNI núm. 33212832G según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el 28 de junio de 2026, a las 04:47 horas, acaecida en Santiago de Compostela.

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para dar sepultura/incineración al cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde el fallecimiento.

En Santiago de Compostela a, 29 de junio de 2026.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO
29/06/2026 11:56

DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN
<https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad>

FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR
EVA BERNARDEZ PEREIRAS

CARGO DEL FIRMANTE
ENCARGADO



RG:dWKj-brRN-U65G-mWYn

