

OTROS CONCEPTOS

FALLECIDO: PURIFICACIÓN ORTIZO NIETO

Fecha de fallecimiento 2-08-2026

Domicilio #. CON XO

Teléfonos: 684364288 José Antonio E-mail: jose.antonio@prosecutorio.DEV

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo	C1 84286 Medida 1'90	590
Capilla ardiente	T. Benavides 2 Sala Prep. SI Libro X SI	460 55 17
Gestión funeraria	SI ☐ Tramitación UUV	150
Carroza traslado	X H. PROVINCIAL - BERTA	119
Prensa	X XORDO N°2	210
Radio	X Domingo	1136
Recordatorios fúnebres / tarjetas	X Lunes	1136
Ómnibus acompañamiento	X GRABACIÓN PIEDRA	330
Turismo	id.	
Certificado médico	SI X SI	3
Carroza	Personal	162 130
Ayunt.º: Sepultura	AMES X Pardo	125
Iglesia	SANTO TONAS DE AMER	
Incineración	Urna:	80
Presencian	☐ SI ☐ NO X Campena 50	70
Cantores	X Ana X Ana	X 170 (B5074)
Flóres	X CORONA P/R: TU HERMANA	146
	X CORONA P/B: SOBRIÑOS Y SOBRIÑAS	146
	X CENTRO 24P/B: SOBRIÑOS NIETAS	146
	X UENCINA CAJA	

☐ Sudario ☐ Cubrefúntos ☐ Acondicionamiento ☐ Rosario

1. LUNES

14.08 - 22

X. L. Torres Isabel 202

FALLECIDO: Nombre PURIFICACIÓN ORTÑO NIETO D.N.I. Nº 76462269B
id. de los padres JOSÉ y DOLORES
Naturaleza AMES Provincia A CORUÑA
Día, mes y año de nacimiento 12-01-1945
Profesión _____ Estado SOLTERA Domicilio DOMUSVI NOYA
AUDA. DEL VIZCONDE DE SAN ALBERTO, 30 - NOYA
Fallecimiento: Fecha: 09:00 horas del día 2 de AGOSTO de 2026
Domicilio HOSPITAL PROVINCIAL - STGO.
Cementerio SANTO TOMÁS DE AMES Ayunt.º AMES

Cónyuge: _____ Nombre _____
LIBRO DE FAMILIA _____ Tomo _____; Página _____
DECLARANTE D. _____ (_____) D.N.I. _____
domiciliado en _____

D/ña. LA SEÑORA
PURIFICACIÓN ORTÑO NIETO

falleció en VEGUA DE CRUXEIRAS - AMES en el día de 2-08-2026 a los 81 años
confortado con los Auxilios Espirituales _____

Su esposo/a _____

Hijos _____

Hijos políticos _____

Padres _____

Abuelos _____

Padres políticos _____

Hermanos CARMEN ORTÑO NIETO - (CUSENTE)

SOBRINOS: JOSÉ ANTONIO (+), MARIA Y CRISTIAN CASTRO ORTÑO

Hermanos políticos SOBRINOS PTOS: PATRICIA PEÑAS, BIBIANA DENARCO Y

EDUARDO GASTIASORO

SOBRINOS NIETOS: JOSÉ ANTONIO y ALEXANDRA CASTRO PEÑAS

Nietos _____ Bisnietos _____ Tíos _____ Sobrinos _____ Primos 81

y demás familia.- Conducción LUNES 8HS y MEDIA

Funerales _____

en la iglesia de SANTO TOMAS DE AMES

CASA MORTUORIA: APOSTOL 2

(SI / NO) SE RECIBE DUELO _____

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

FRANCO GASTIASORO, MACARENA y AGUSTINA CASTRO

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APellidos / APELLIDOS
ORTOÑO
NIETO

Nombre / NOME
PURIFICACION

SEXO / SEXO
F

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACIMENTO
12 01 1945

NUM. SOPORTE
BFE156250

VALIDEZ / VALIDEZ
01 01 9999

DNI 76462269B / / / 461760

DOMICILIO / DOMICILIO
LGAR. CRUXEIRAS 10
AMES
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
AMES
A CORUÑA

HUOIA DE / FILLOIA DE
JOSE / DOLORES

EQUIPO / EQUIPO
15771L6DV

IDESPBF156250376462269B<<<<<<<
4501125F9901018ESP<<<<<<<<<<<1
ORTONO<NIETO<<PURIFICACION<<<<

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

DNI 45872320Q

APellidos / APELLIDOS
CASTRO
PEÑAS

Nombre / NOME
JOSE ANTONIO

SEXO / SEXO
M

NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
ESP

NACIMIENTO / NACIMENTO
20 01 1989

EMISION / EMISION
05 11 2022

VALIDEZ / VALIDEZ
05 11 2032

NUM. SOPORTE
CDR195321

845568

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. BOQUEIXON DE 13 P04 A
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACIMENTO
MIAMI-FLORIDA
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

HUOIA DE / FILLOIA DE
JOSE ANTONIO / LILIANA PATRICIA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPCDR195321745872320Q<<<<<<<
8901206M3211050ESP<<<<<<<<<<<3
CASTRO<PENAS<<JOSE<ANTONIO<<<<

SOLICITANTE


CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

106187471

Colegio de

Colegio de

Nº Certificado/Nº certificado

D./Dña. Maira Alejandra Fontlet Fontlet

D. / Dña.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A Coruña

en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en

y con ejercicio profesional en

e con exercicio profesional en

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

1 5 3 3 1 3 2 5 1

1ª colegiación
1ª colexiación**CERTIFICO la defunción de / CERTIFICO a defunción de**

Nombre del fallecido/a:

Nome do falecido/a:

P U R T I F I C A C I O N

1º Apellido del fallecido/a:

1er Apellido do falecido/a:

O R T O Ñ O

2º Apellido del fallecido/a:

2º Apellido do falecido/a:

N I E T O

Fecha de nacimiento

Data de nacemento

Día

Día 1 2

Mes

Mes 0 1

Año

Año 1 9 4 5

Sexo:

Sexo:

Varón ☐

Varón

Mujer ☒

Muller

Documento
de identidad:☒

D.N.I.

Número:

7 6 4 6 2 2 6 9 - 8

Documento
de identidad:☐

Pasaporte

Número:

Documento
de identidad:☐

N.I.E. (Tarjeta de Residencia)

Número:

-

Hora y fecha de la defunción

Hora e data da defunción

Hora : minutos

Hora : minutos

0 9 : 0 0

Día

Día 0 2

Mes

Mes 0 8

Año

Año 2 0 2 6

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

Santiago de CompostelaDomicilio particular ☐Centro hospitalario ☒Residencia socio-sanitaria ☐Lugar de trabajo ☐Otro 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) S E P S I S

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causas intermedias³ / Causas intermedias³

(b) I N S U F I C I E N C I A R E S P I R A T O R I A

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

(c)

Horas Días Meses Años

Debido a/Debido a

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial ou fundamental⁴

(d) I N F E C C I O N R E S P I R A T O R I A P O R

Horas Días Meses Años

B R O N C O A S P I R A C I O N

II. Otros procesos⁵ / Outros procesos⁵

D E T E R I O R O C O G N E T I V O F R O N T O

Horas Días Meses Años

S U B L O R T I C A L

¿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 de tráfico Sí/Si ☐Accidente laboral No/Non ☒Accidente laboral Sí/Si ☐Fecha del mismo: Día ☐Mes ☐Año ☐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, a 02 de Agosto de 2026
En _____, 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐
Horas 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 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

☐☐ ☐☐ ☐☐ 5 ☐☐
Horas 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

☐☐ ☐☐ ☐☐ 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.

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 Defunção.

Causa básica de defunción: "Enfermedad 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 a 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

☐☐ 45 ☐☐ ☐☐
Horas 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 defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático

☐☐ ☐☐ ☐☐ 10 ☐☐
Horas 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

☐☐ ☐☐ ☐☐ 5 ☐☐
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 **03** de **AGOSTO** de **2026**.

Habiéndose acreditado la defunción de D/D^a **PURIFICACIÓN ORTOÑO NIETO** que se identifica con **D.N.I 76462269B** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **02 DE AGOSTO DE 2026** a las **09:00** 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.



