OTROS CONCEPTOS

ona 40R.B" Alejo, Antonio y Julio" Julio 699689997 (Alejado).

ntro 18R Blancas y Rojas "Te queremos Sergio y Dany" Paula 618831667

Simpl. 1317 PAGADO TPV

ntro 18R PAGADO Blancas TPV Simpl. 1317

,

tro 18RB: Castelao y Ana (Checu)

ÚLTIMO

SF-529

ST-407

1123

FALLECIDO: Rosa Otero Losada

Fecha de fallecimiento 5 - Agosto - 2026.

Domicilio Hospital Clínico

Teléfonos: 649843543 (Rosa hija) E-mail: paraperdidos3@yahoo.es

Andalucía 947013528 47216

CONCEPTOS		Servicio prestado
Arca modelo C1	Medida 190.	838
Capilla ardiente Complejo Quintana	Sala Prep. Si Libro X Si	896/56/29'40
Gestión funeraria Si	☐ Tramitación UUVV	199'60
Carroza traslado H. Clínico - Complejo.		115
Prensa	X Correo Nº 21 Viernes	010
Radio	X Vez Jueves	117'36
Recordatorios fúnebres / tarjetas	Inscripción	372
Ómnibus acompañamiento Si desde S. Lázaro		225
Turismo Si Id. Recoger en domicilio		63
Certificado médico X Si	Registro Civil: X Santiago.	3
Carroza	Personal Lápida	198/235
Ayunt.: X Sepultura Boisaca. Sep. 3500	X Restos Pinello	150
Iglesia Capilla Complejo.		154
Incineración	X Urna: Muzales (Un dorso)	80
Presencian ☐ SI ☐ NO	Destino X Datos	
Cantores Si X Javier	Funeral: X Juan Ventura	X 60 (135336)
Flores	1 corona 40 R.B "Hijos e hijas políticos"	168
	1 corona 40 RB "Nietos y nietos políticos"	168
	1 centro 18 R.B (e.c.) "Tus bisnietos"	85
Esquela Iglesia S. Lázaro Residencia Puerta Carro Peluquería José Manuel		3650 47420
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☒ Rosario		

Pendiente cobro

LA FAMILIA.

tro, tanatorio 2 Coronas, 1 centro, libro de firmas

orreo 2, 1 radio, servicio religioso, gastos cementerio

Inscripción tax.

sia S. Lázaro, Residencia Pta. Camino, Vista Alegre (Peluquería), Ayda Castelao

FALLECIDO:

Nombre ROSA OTERO LOSADA D.N.I. Nº 33.159.441-L

id. de los padres MANUEL / JOSEFA

Naturaleza SANTIAGO DE COMPOSTELA Provincia A CORUÑA

Día, mes y año de nacimiento 4 - JULIO - 1939

Profesión Estado VIUDA Domicilio RESIDENCIA PUERTA DEL CAMINO (SANTIAGO. RUA DAS RODAS 2 SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 23:40 horas del día 5 de AGOSTO de 2026.

Domicilio HOSPITAL CLÍNICO.

Cementerio BOISACA Ayunt.º SANTIAGO.

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ROSA MARÍA LÓPEZ OTERO. (HIJA) D.N.I. 33.269493-Q.

domiciliado en C/ PILAR MIRÓ Nº 6, BAJO C. SANTIAGO.

LA SEÑORA

D/ña. ROSA OTERO LOSADA (VIUDA DE MANUEL LÓPEZ ALEJANDRO).

"ROSA DO CADISTO" (VECINA DE SAN LÁZARO - SANTIAGO.)

falleció en en el día de 5/08/2026 a los 87 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a

Hijos MANI (+), ROSI, MARÍA DEL CARMEN Y JOSÉ MANUEL LÓPEZ OTERO

Hijos políticos ELENA PUENTE MATA y MARÍA JESÚS FERNÁNDEZ CUTRÍN.

AHIJADOS, ANTONIO, JULIO, JOSÉ LUIS Y DANA

Padres

Abuelos

Padres políticos

Hermanos NO

Hermanos políticos SÍ BISNIETOS; KARLA Y CARMEN; SERGIO Y DANY; ARIA, NAIA Y LÍA; PABLO Y PAULA; ADRIAN Y SANDRA; KIKE, NICOLÁS Y ROSI Y MATEO

NIETOS POLÍTICOS; DANA Y SERGIO; LAURA Y DAVID Y SAMANTHA

DAFNE Y MEGAN

Nietos Bisnietos Tios NO Sobrinos SÍ Primos SÍ

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

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

ESPAÑA

PRIMER APELLIDO / PRIMEIRO APELIDO
OTERO
SEGUNDO APELLIDO / SEGUNDO APELIDO
LOSADA
NOMBRE / NOME
ROSA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
F ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
04 07 1939
IDESP
AGV132345
VALIDO HASTA / VALIDO ATA
01 01 9999

TLR

Rosa Otero

DNI NÚM.
33159441L

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA
HIJO/A DE / FILLO/A DE
MANUEL / JOSEFA
DOMICILIO / DOMICILIO
AVDA. CASTELAO 7 P03 D
LUGAR DE DOMICILIO / LUGAR DE DOMICILIO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
PROVINCIA/PAIS / PROVINCIA/PAIS
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L6D1

IDESPAGV132345533159441L<<<<<<
3907041F9901018ESP<<<<<<<<<<<5
OTERO<LOSADA<<ROSA<<<<<<<<<<<<

FALLECIDA

REINO DE ESPAÑA
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

33269493Q

DNI 33269493Q CEG181341

APELLIDOS / APELIDOS
LOPEZ
OTERO
NOMBRE / NOME
ROSA MARIA
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE NACIMIENTO / NACEMENTO
F ESP 07 06 1966
EMISIÓN / EMISIÓN VALIDEZ / VALIDEZ
12 01 2023 12 01 2033
NUM SOPORTE
CEG181341

279168

NATIONAL IDENTITY CARD / DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDADE

DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. PILAR MIRO 6 PBI C
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

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

HIJO/A DE / FILLO/A DE
DANIEL / ROSA

IDESPCEG181341833269493Q<<<<<<
6606079F3301122ESP<<<<<<<<<<<5
LOPEZ<OTERO<<ROSA<MARIA<<<<<<<

DECLARANTE (HIJA)

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

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

https://certificados.cgcom.es

9WTCQWTKHE

Id. electrónico/*Ide. electrónico*

Colegio de / *Colexio de*

Sello Colegio / *Selo Colexio* — COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - A CORUÑA -

105427509

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A
CLASE 3ª SERIE A

D./Dña. Sandra Fernández Freire
D. / Dna.
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en A CORUÑA, con el número
en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en, co número
y con ejercicio profesional en MEDIANA
e con exercicio profesional en

Colegio actual / *Colexio actual*
Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a*
151513997
1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

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

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

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

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 04 — Mes / *Mes* 07 — Año / *Ano* 1939

Sexo: / ***Sexo:*** — Varón / *Varón* ☐ — Mujer / *Muller* ☒

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***
- ☒ D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 33159441-L
- ☐ 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* 23:40 — Día / *Día* 05 — Mes / *Mes* 08 — 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* ☒ — 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) PARADA CARDIORRESPIRATORIA — 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) TCTOS ISQUEMICO — 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* ☒

¿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 / *Accidente de tráfico* — No/*Non* ☒ — Sí/*Si* ☐
Accidente laboral / *Accidente laboral* — No/*Non* ☒ — 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* 05 de/*de* Agosto 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.

Ley del Registro Civil

Artículo 83. En tanto no se practique la inscripción no se expedirá la licencia para el entierro, que tendrá lugar transcurridas, al menos, ~~veinticuatro~~ horas desde el momento de la muerte.

12

Reglamento del Registro Civil

Artículo 282. La inhumación se ajustará a las Leyes y Reglamentos respecto al tiempo, lugar y demás formalidades.

La licencia se extenderá inmediatamente de la inscripción por el Encargado o por la Autoridad judicial que instruya las diligencias oportunas y servirá para la inhumación en cualquier lugar, al que no hará mención.

Justificado el fallecimiento, la licencia también podrá expedirse por el Encargado del lugar en que ha de llevarse a efecto la inhumación, si es distinto de aquel que haya de extender la inscripción y antes o después de extendida.

Lei do Registro Civil

Artigo 83. Mentres non se practique a inscrición non se expedirá a licencia para o enterro, que terá lugar transcorridos, alomenos, vintecatro horas desde o momento da morte.

12 h.

Regulamento do Rexistro Civil

Artigo 282. A inhumación axustarase ás Leis e Regulamentos respecto ó tempo, lugar e demais formalidades.

A licencia esténdese inmediatamente da inscrición por parte do encargado ou da autoridade xudicial que instrúa as dilixencias oportunas, e servirá para a inhumación en calquera lugar ó que non fará mención.

Xustificado o falemento, a licencia tamén a poderá expedir o encargado do lugar no que se vai levar a efecto a inhumación, aínda que sexa distinto daquel no que se deba estende-la inscrición e antes ou despois de estendida.

LICENCIA PARA DAR SEPULTURA
LICENCIA PARA DAR SEPULTURA

Habiéndose inscrito en el Registro Civil de Santiago
Téndose inscrito no Rexistro Civil de
la defunción de don Rosa Otero Losada
a defunción de don/a
ocurrida a las 23:40
ocorrida ás

horas del día 05
horas do día

de agosto **de** 2026
de **de**

según la certificación facultativa presentada, de la que resulta como causa
segundo a certificación facultativa presentada, da que resulta como causa
del fallecimiento:
do fallecemento

concede permiso para que se dé sepultura a su cadáver, transcurridas que
concede permiso para que se dea sepultura ó seu cadáver, transcorridas as

sean las vei~~nticuatro~~ horas siguientes a la del fallecimiento. 12 hors
~~vintecatro hora~~s do fallecemento

Registro Civil de Santiago
Rexistro Civil de

A 07 **de** agosto
O **de**

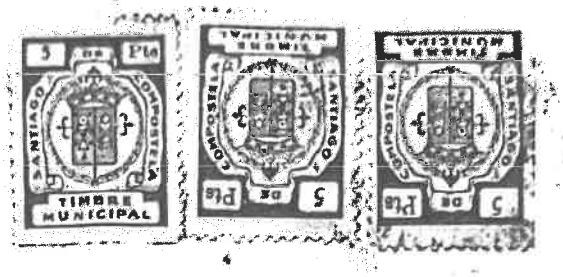
de 2026
de

(El Juez)
(O xuíz)

REGISTRO CIVIL • SANTIAGO DE COMPOSTELA •

REGISTRO CIVIL • SANTIAGO DE COMPOSTELA •

EXCMO. AYUNTAMIENTO
DE
SANTIAGO DE COMPOSTELA



El Excelentísimo Ayuntamiento de Santiago de Compostela:

Por cuanto, doña Josefa Losada Liñeira - - - - - - - - - - *ha satisfecho la cantidad de* TRES MIL.- *pesetas, como precio fijado por dicha Corporación para adquirir el derecho de propiedad de la sepultura en* tierra *de* primera.- *clase del Cementerio municipal de* Boisaca. *número* tres mil quinientos(3.500)

Por tanto, se concede a doña Josefa Losada Liñeira ---- e hija Rosa Otero Losada.-. *el derecho de propiedad de la expresada sepultura, conforme al acuerdo adoptado por la Comisión Municipal Permanente de este Excmo. Ayuntamiento de Santiago de Compostela, en la sesión celebrada el día* ------seis---------- *de* junio.--- *de mil novecientos* sesenta y ocho. *con la facultad de usar de ella cuando sea necesario, previa autorización de la Alcaldía, sin que pueda verificarlo ninguna otra persona sin su expreso consentimiento, que habrá de dar por escrito.*

11 1 MAR. 1994

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
SERVICIOS
CONTRATACIÓN

En los casos de traslación de dominio por herencia, venta o donación, debe darse conocimiento a la Excma. Corporación Municipal, presentando documentos justificativos, sin cuyo requisito no será reconocido el nuevo dueño.

Queda registrado este Título al folio ..... *del Libro correspondiente.*
Palacio municipal de Santiago de Compostela, a dieciocho- *de* junio- *de mil novecientos* sesenta y ocho.-

Por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente:

EL ALCALDE, EL SECRETARIO,

EXCMO. AYUNTAMIENTO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Título de propiedad de la sepultura en tierra **de** primera.-
clase del Cementerio Municipal de Boisaca.-
señalado con el número tres mil quinientos(3.500)