

4. FORMATO CONSTANCIA DE SUPERVIVENCIA PENSIÓN POR INVALIDEZ O INCAPACIDAD IPM

En el municipio de _____ del Departamento _____ del día _____ del mes de _____ del año _____, siendo las _____ horas con _____ minutos, ante el infrascrito (a) (Gobernador Departamental / Alcalde Municipal) _____ (Consignar el nombre del funcionario) _____ del (Departamento / Municipio) _____ comparece el (la) señor (a) _____ de (en letras) _____ años de edad, estado civil (casado / soltero) _____, (nacionalidad) _____, con residencia en (dirección) _____ quien se identifica con el Documento Personal de Identificación -DPI- con Código Único de Identificación -CUI- (en letras) _____ espacio _____ espacio _____ (números _____), extendido por el Registro Nacional de las Personas -RENAP- (extranjero no naturalizado, identificarse con Pasaporte o documento de identificación del país de su nacionalidad); con el objeto de hacer constar los hechos siguientes: **PRIMERO:** El (la) señor (a) _____, asegura ser de los datos de identificación personal consignados, hallarse en el libre ejercicio de sus derechos civiles, estar enterado (a) de las penas relativas al delito de perjurio y, bajo juramento solemne de decir la verdad, **DECLARA** que: **A)** Es guatemalteco (a) de origen y que nunca ha perdido ni renunciado a su nacionalidad; **B)** No ha sido condenado (a) por delito de traición a la patria; **C)** No devenga sueldo, salario o remuneración laboral alguna del Estado de Guatemala, ni de sus instituciones autónomas, semiautónomas o descentralizadas; en caso así fuere, queda obligado (a) a dar aviso por escrito a la Gerencia del Instituto de Previsión Militar, para que se suspenda el pago de su prestación, debiendo presentar Nombramiento del Cargo que ocupa y Acta de Toma de Posesión debidamente certificadas en original, exceptuando los que devengan honorarios por servicios técnicos y/o profesionales del Estado bajo el renglón presupuestario cero veintinueve (029) y el subgrupo dieciocho (18); **D)** Ha delegado a un familiar para que informe al Instituto de Previsión Militar cuando fallezca, con el fin de evitar pagos indebidos de la pensión; **E)** Subsisten inalterables las condiciones que dieron lugar a que el Instituto de Previsión Militar acordara a su favor el pago de **PENSIÓN POR INVALIDEZ O INCAPACIDAD;** **SEGUNDO:** Yo, _____, (Consignar el nombre del funcionario) en mi calidad de _____ (Gobernador Departamental / Alcalde Municipal), **HAGO CONSTAR LA SUPERVIVENCIA** del (la) compareciente. Se termina la presente en el mismo lugar y fecha, a los quince minutos después de su inicio y luego de haberla leído, enterado de su contenido, objeto, validez y demás efectos legales, la acepto, la ratifico y firmo, ante el funcionario quien de todo lo actuado da fe.

F) _____
Pensionado (a)

F) _____
Gobernador departamental / Alcalde Municipal
(Nombre completo, firma y sello original)