

## 6. FORMATO CONSTANCIA DE SUPERVIVENCIA PENSIÓN POR VIUDEZ 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 soltero (a), (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)** No ha sido condenado (a) por delito de traición a la patria; **B)** Que desde el fallecimiento de su esposo (a) por el cual percibe la pensión por viudez del IPM, hasta la presente fecha no ha contraído matrimonio, no ha formalizado unión de hecho; y que en caso así fuere, queda obligado (a) a dar aviso inmediatamente por escrito, para que se suspenda el pago de la pensión por viudez; **C)** 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; **D)** Subsisten inalterables las condiciones que dieron lugar a que el Instituto de Previsión Militar acordara a su favor el pago de **PENSIÓN POR VIUDEZ**; **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)