

8. FORMATO CONSTANCIA DE SUPERVIVENCIA PENSIÓN POR ORFANDAD 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) _____ 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, comparece en ejercicio de la **patria potestad** de su (s) hijo (s) menor (es) de edad _____, lo cual acredita con el (los) certificado (s) de inscripción de nacimiento extendido (s) por el Registrador Civil del Registro Nacional de las Personas inscritas bajo los números de partida (en letras) _____ (en números _____), folio (en letras) _____ (en números _____) y libro (en letras) _____ (en números _____) o Código Único de Identificación -CUI- (en letras) _____ espacio _____ espacio _____ (números _____); y por lo cual **DECLARA** que: **A)** El (los) menor (es) de edad no ha (n) contraído matrimonio y no ha (n) declarado unión de hecho, en caso así fuere, quedo obligado (a) a dar aviso por escrito a la Gerencia del Instituto de Previsión Militar, debiendo presentar las certificaciones correspondientes; **B)** Subsisten inalterables las condiciones que dieron lugar a que el Instituto de Previsión Militar acordara a favor de su (s) hijo (s) _____ el pago de la **PENSIÓN POR ORFANDAD**; **SEGUNDO:** Yo, _____, (Consignar el nombre del funcionario) en mi calidad de _____ (Gobernador Departamental / Alcalde Municipal), **HAGO CONSTAR LA SUPERVIVENCIA** de (del) (los) (las) compareciente (s). 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) _____
Tutor (a)

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