

## 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)