

12. FORMATO CONSTANCIA DE SUPERVIVENCIA PENSIÓN POR ORFANDAD (HIJOS MAYORES INVÁLIDOS E INCAPACITADOS) (CON REPRESENTACIÓN)

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, comparece en el ejercicio de la **representación** del (los) mayor (es) de edad _____, quien se identifica con certificado de nacimiento extendido por el Registrador Civil del Registro Nacional de las Personas, extendido por el Registro Nacional de las Personas -RENAP- y Documento Personal de Identificación -DPI- con Código Único de Identificación -CUI- (en letras) _____ espacio _____ espacio _____ (números _____), y para lo cual **DECLARA** que: **A)** Que el (la) mayor de edad no ha sido condenado (a) por delito de traición a la patria; **B)** El (la) mayor de edad 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 cero veintinueve (029) y el subgrupo dieciocho (18); **C)** El (la) mayor de edad no ha contraído matrimonio y no ha (n) declarado unión de hecho, en caso así fuere, queda obligado (a) a dar aviso por escrito a la Gerencia del Instituto de Previsión Militar, debiendo presentar las certificaciones correspondientes; **D)** Subsisten inalterables las condiciones que dieron lugar a que el Instituto de Previsión Militar acordara a su favor el pago de **PENSIÓN ORFANDAD (HIJOS MAYORES INVÁLIDOS E INCAPACITADOS)** a favor del (la) mayor indicado anteriormente. **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) _____
Tutor (a)

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