

## 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, Yo, \_\_\_\_\_ **Notario (a)**, me encuentro constituido (a) en \_\_\_\_\_ soy requerido (a) por el (la) señor (a) \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ 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**); quien requiere mis servicios notariales con el objeto de **PRESTAR LA DECLARACIÓN JURADA**, para el efecto se procede de 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 INVALIDOS E INCAPACITADOS)** a favor del (la) mayor indicado anteriormente. **SEGUNDO:** Como Notario (a) **DOY FE DE LA SUPERVIVENCIA** del (la) compareciente. Se termina la presente en el mismo lugar y fecha, a los quince minutos después de su inicio, a la cual se adhieren los timbres de ley y se encuentra contenida en una hoja de papel bond impresa únicamente en su anverso; luego de haberla leído, enterado (a) de su contenido, objeto, validez y demás efectos legales, el (la) requirente la ratifica, acepta y firma ante el (la) infrascrito (a) Notario (a) que da fe y autoriza la presente acta.

F) \_\_\_\_\_

**ANTE MÍ:**