



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REPÚBLICA DE COLOMBIA

PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR

FORMATO No. 1

**FORMATO PARA CERTIFICAR LA DISCAPACIDAD ÚNICAMENTE VÁLIDO
PARA EL PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR**

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CERTIFICADO

Fecha de expedición	
Ciudad de expedición	
Departamento de expedición	

II. INFORMACIÓN GENERAL DE QUIEN ELABORA EL CERTIFICADO

Apellidos	
Nombres	
No. de Tarjeta Profesional ¹	

DATOS PERSONALES DEL ADULTO MAYOR

Apellidos						
Nombres						
Documento de identidad	CC	Otro	No.			
Fecha de Nacimiento				Edad		
Genero	Masculino			Femenino		
Estado Civil	Soltero	Casado	Viudo	U.L.	Separado	Otro
Escolaridad	Primaria	Secundaria	Técnico	Univ.	Analfabeta	Otro

FUNDAMENTOS DE LA CERTIFICACIÓN

¹ O nombre de la Universidad si se encuentra realizando el servicio social obligatorio



**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REPÚBLICA DE COLOMBIA**

PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR

RESPONSABLE DEL CERTIFICADO

Nombre	Firma