



**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 <sup>1</sup>	

**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**

<sup>1</sup> 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