

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
PROGRAMA DE PROTECCIÓN SOCIAL AL ADULTO MAYOR, HOY COLOMBIA MAYOR
FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL**

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

RELACIÓN DE DOCUMENTOS

| DOCUMENTO | SE TUVO EN CUENTA |
|---|-------------------|
| HISTORIA CLÍNICA COMPLETA | |
| EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA | |
| EXÁMENES PARACLÍNICOS | |
| OTROS | |

CONCEPTO PARA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

| |
|---|
| <hr style="border: 1px solid black;"/> |
|---|

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

