[Fecha]

Señores

[Nombre de la Entidad Administradora de Salud]

Dirección de Correspondencia

Ciudad, Departamento

Asunto: Derecho de Petición - Solicitud de Pago de Incapacidad

Estimados señores,

Yo, [Tu nombre completo], identificado(a) con [tu número de identificación], me dirijo a ustedes respetuosamente para presentar un derecho de petición con el fin de solicitar el pago correspondiente a la incapacidad médica, de acuerdo con la ley colombiana.

Fundamento mi solicitud en el artículo [Indica el artículo correspondiente] de la Constitución Política de Colombia, la Ley [Indica el número de la ley aplicable], el Decreto [Indica el número del decreto aplicable], y demás normas concordantes que regulan el derecho a la incapacidad y su respectivo pago.

A continuación, detallo los aspectos específicos de mi solicitud:

Información personal:

Nombre completo: [Escribe tu nombre completo tal como aparece en tus documentos de identidad].

Número de identificación: [Indica tu número de identificación].

Dirección de residencia: [Especifica tu dirección de residencia completa].

Número de contacto: [Proporciona un número de teléfono o correo electrónico para que puedan comunicarse contigo].

Detalles de la solicitud:

Fecha de inicio de la incapacidad: [Indica la fecha en que inició tu incapacidad médica].

Fecha de finalización de la incapacidad: [Indica la fecha en que se estima que finalizará tu incapacidad médica].

Duración de la incapacidad: [Especifica la duración de la incapacidad médica certificada por el médico tratante].

Documentación adjunta: [Adjunta los documentos necesarios que respalden tu solicitud, como el certificado médico de incapacidad, copias de las órdenes médicas, y cualquier otro documento que la entidad solicite para el trámite].

Solicito encarecidamente que se atienda y resuelva mi solicitud de pago de la incapacidad médica de manera oportuna y de acuerdo con la normativa vigente. Como afiliado(a) a la entidad administradora de salud, tengo derecho a recibir el pago correspondiente a la incapacidad médica, el cual es esencial para mi bienestar y sustento durante este período.

Agradezco de antemano su atención y pronta respuesta a mi solicitud. Por favor, indíquenme los pasos a seguir y los tiempos de respuesta estimados.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

[Tu nombre completo]

[Tu número de identificación]

[Tu dirección de contacto]

[Tu número de teléfono]

[Tu correo electrónico]