[Fecha]

Señores

Nombre de la entidad responsable del pago de la incapacidad

Dirección de la entidad

Ciudad, Departamento

Asunto: Solicitud de Pago de Incapacidad según la Ley Colombiana

Estimados señores,

Yo, [Tu nombre completo], identificado(a) con [tu número de identificación], me dirijo a ustedes respetuosamente para presentar una solicitud de pago de incapacidad, de conformidad con lo establecido en la Ley Colombiana y las normativas vigentes.

Motivo de la solicitud:

Mediante la presente solicitud, solicito formalmente el pago de la incapacidad a la cual tengo derecho según la legislación colombiana. Me encuentro incapacitado(a) debido a [explica brevemente la enfermedad, accidente o condición médica que te ha llevado a requerir la incapacidad].

Detalle de la solicitud:

A continuación, proporciono los detalles específicos relacionados con mi solicitud de pago de incapacidad:

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 incapacidad:

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

Fecha estimada de finalización de la incapacidad: [Menciona la fecha estimada de finalización de tu incapacidad].

Fundamento legal de la incapacidad: [Menciona la normativa legal que respalda tu derecho a recibir la incapacidad].

Documentación adjunta:

Adjunto a esta solicitud los siguientes documentos que respaldan mi solicitud de pago de incapacidad:

Copia de mi cédula de ciudadanía o documento de identificación.

Copia del certificado médico que justifica mi incapacidad.

Otros documentos relevantes que respalden mi solicitud.

Solicito encarecidamente que se tramite mi solicitud de pago de incapacidad de acuerdo con la normativa vigente y se me notifique por escrito la resolución correspondiente dentro del plazo establecido por la ley. De conformidad con el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia y las leyes pertinentes, se establece un plazo máximo de quince (15) días hábiles para dar respuesta a la presente solicitud.

Agradezco de antemano su atención y pronta respuesta a mi solicitud. Quedo a disposición para proporcionar cualquier información adicional que sea necesaria.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente,

[Tu nombre completo]

[Tu número de identificación]

[Tu dirección de contacto]

[Tu número de teléfono]

[Tu correo electrónico]