

Señores  
**AXA COLPATRIA**  
Ciudad

Ref. *Aceptación dictamen JN202318021 del 18/07/2023 de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.*

**YOFRED MARTINEZ PALACIO** identificado con la cedula de ciudadanía 16.782.952, dando cumplimiento a los requisitos exigidos para el reconocimiento y pago de mi pensión de invalidez por enfermedad profesional, por medio del presente escrito, manifiesto a ustedes que, estoy de acuerdo con el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral No *JN202318021 del 18/07/2023* emitido por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, mediante el cual se me calificó mi enfermedad como de origen profesional con una pérdida de capacidad del 55,30%, el cual se encuentra ejecutoriado y en firme.

Atentamente,



**YOFRED MARTINEZ PALACIO**  
C.C. N° 16.782.952