[Nombre completo]

[Dirección]

[Ciudad]

[Teléfono]

[Correo electrónico]

[Fecha]

[Nombre de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL)]

Attn: [Departamento o área correspondiente]

[Dirección]

[Ciudad]

Asunto: Derecho de Petición

Estimados señores de la ARL [Nombre de la ARL],

Yo, [Nombre completo], identificado(a) con [Tipo de identificación] número [Número de identificación], me dirijo respetuosamente a ustedes en ejercicio de mis derechos como trabajador(a) afiliado(a) a la ARL y de conformidad con la legislación colombiana, para presentar el presente Derecho de Petición con el objetivo de [explicar claramente la solicitud o motivo de la petición].

Fundamento mi petición en los siguientes argumentos y consideraciones legales:

De acuerdo con la Ley 1562 de 2012 y demás normas aplicables, tengo derecho a recibir atención integral en caso de sufrir un accidente laboral o enfermedad relacionada con el trabajo.

[Explica los antecedentes o detalles relevantes de tu solicitud, como el accidente o enfermedad laboral sufrida, las circunstancias y consecuencias de la misma, y la atención médica o indemnización que estás solicitando].

Por lo anterior, solicito a ustedes que se sirvan:

Confirmar la recepción de este derecho de petición dentro de los términos establecidos por la ley.

Realizar una evaluación completa de mi caso, teniendo en cuenta los informes médicos y documentación relacionada, con el fin de determinar la procedencia de la atención médica, rehabilitación o indemnización solicitada.

Informarme por escrito sobre las acciones tomadas o a tomar para atender mi solicitud, incluyendo los plazos estimados y los pasos a seguir para la resolución de mi caso.

Proporcionar la asesoría necesaria para garantizar mis derechos como trabajador(a) afiliado(a) a la ARL, y brindar orientación sobre los trámites y procedimientos requeridos para acceder a los beneficios correspondientes.

Adjunto a este derecho de petición copia de mi documento de identidad [adjuntar copia del documento de identidad] y cualquier otro documento o evidencia que respalde mi solicitud, como informes médicos, certificados laborales o testimonios de testigos, si aplica.

Agradezco de antemano su pronta atención y respuesta a mi petición, con el fin de garantizar mis derechos como trabajador(a) y asegurar una atención adecuada en caso de accidente laboral o enfermedad relacionada con el trabajo.

Cordialmente,

[Nombre completo]

[Número de identificación]

[Firma]

CC: [Lista de copias a personas o entidades pertinentes, si aplica]