[Fecha]

[Nombre de la entidad]

Attn: [Nombre del responsable]

Dirección de Correspondencia

Ciudad, Departamento

Asunto: Derecho de Petición - Pago de incapacidades para trabajadores independientes

Estimados señores,

Yo, [Tu nombre completo], identificado(a) con [tu número de identificación], me dirijo a ustedes respetuosamente para presentar un derecho de petición en ejercicio de los derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia y las leyes laborales vigentes en el país.

Fundamento mi solicitud en los siguientes aspectos:

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:

Actividad laboral independiente: [Indica la actividad o profesión que desempeñas como trabajador independiente].

Periodo de incapacidad: [Menciona el periodo de tiempo en el que estuviste incapacitado(a) y adjunta los certificados médicos correspondientes].

EPS o entidad de salud: [Especifica la EPS o entidad de salud a la que estás afiliado(a) como trabajador independiente].

Número de incapacidades: [Indica el número de incapacidades que solicitas que sean pagadas].

Monto y período de pago: [Si tienes información sobre el monto y el período de pago de las incapacidades, puedes incluirlo en este apartado].

Fundamento legal: [Menciona los artículos y disposiciones legales que respaldan tu solicitud, como el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo y las normativas de la Seguridad Social].

Solicito respetuosamente que se realice el trámite correspondiente para el pago de las incapacidades mencionadas. Como trabajador independiente, tengo derecho al reconocimiento y pago de las incapacidades laborales de acuerdo con la legislación vigente en materia laboral y de seguridad social.

Adjunto a esta solicitud los certificados médicos que respaldan mi incapacidad, así como cualquier otro documento que consideren necesario para dar trámite a mi solicitud.

Agradezco su pronta atención a este derecho de petición y les solicito que me informen sobre el proceso de revisión y pago de las incapacidades, los plazos establecidos y cualquier otro requerimiento adicional que deba cumplir.

Quedo a disposición para cualquier comunicación adicional que sea requerida y agradezco su pronta respuesta a esta solicitud.

Atentamente,

[Tu nombre completo]

[Tu número de identificación]

[Tu dirección de contacto]

[Tu número de teléfono]

[Tu correo electrónico]