DATOS DEL COLABORADOR

Señor(a): [NOMBRE DEL COLABORADOR]

Cargo: [CARGO DEL COLABORADOR]

Documento de Identidad: [C.C. / C.E.]

Ciudad y Fecha: [CIUDAD], [FECHA]

ASUNTO: Recomendaciones médicas ocupacionales y directrices de SST.

Estimado,

De acuerdo con los resultados obtenidos en su examen médico ocupacional de ingreso realizado el día **[DÍA] de [MES] de [AÑO]**, y en pro de su bienestar y seguridad, es indispensable que tenga en cuenta y siga las recomendaciones que a continuación detallamos:

I. RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

A continuación, se indican las recomendaciones y/o restricciones específicas emitidas por el Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, derivadas de su examen de ingreso.

1. [Espacio para completar la Recomendación 1]
2. [Espacio para completar la Recomendación 2]
3. [Espacio para completar la Recomendación 3]
4. [Espacio para completar la Recomendación 4]
5. [Espacio para completar la Recomendación 5]

II. RECOMENDACIONES GENERALES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SST)

Adicionalmente, recordamos las siguientes directrices esenciales para el autocuidado y la prevención de riesgos en su puesto de trabajo:

1. **Pausas Activas:** Realice pausas activas cada dos (2) horas o cuando sienta fatiga, enfocándose en la relajación muscular y visual.

2. **Reporte de Condiciones de Salud:** Reporte de forma inmediata a su jefe y al área de SST cualquier cambio en su estado de salud, síntoma o dolencia relacionada con el trabajo.
3. **Uso de EPP:** Utilice siempre los Elementos de Protección Personal (EPP) asignados para su cargo (ver Matriz EPP), en perfectas condiciones y según el procedimiento.
4. **Higiene Postural (Ergonomía):** Mantenga posturas ergonómicas adecuadas, especialmente durante el trabajo en oficina o al realizar levantamiento y manipulación de cargas.
5. **Notificación de Incidentes:** Reporte de manera inmediata y completa todos los accidentes, incidentes y condiciones inseguras que identifique en su área de trabajo.

Recuerde:

"Usted es el principal actor en el cuidado de su salud y seguridad."

Agradecemos su compromiso con el cumplimiento de estas directrices para asegurar un entorno laboral seguro y saludable.

Atentamente,

Responsable del SG-SST)

Recibido por el Colaborador:

Yo, [NOMBRE DEL COLABORADOR], con C.C. [C.C. / C.E.], confirmo que he recibido y entendido las recomendaciones médicas y las directrices de SST aquí descritas.

Firma del Colaborador: _____