

NOTIFICACIÓN DE RECOMENDACIONES DE LOS EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES

Fecha de emisión: 13 de August de 2025

Documento No: MED-20250813-0002

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombre completo:	SARA DE AGUAS
Cargo/Posición:	Desarrollador
Número de documento:	49606647
Área de trabajo:	No especificado

EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL REALIZADO

Tipo de examen:	Examen de Ingreso
Fecha del examen:	02 de August de 2024
Estado:	Completado

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

1. MOTIVO DE INCLUSIÓN EN SEGUIMIENTO MÉDICO

por eps

2. CONDUCTAS OCUPACIONALES A PREVENIR

dddd

3. RECOMENDACIONES GENERALES

ssss

NOTA IMPORTANTE: Las recomendaciones médicas ocupacionales son de cumplimiento obligatorio según la norma

COMPROMISOS Y ACCIONES DEL TRABAJADOR

El trabajador se compromete a cumplir con las siguientes acciones para dar seguimiento a las recomendaciones médicas ocupacionales:

- Cumplir estrictamente con las recomendaciones médicas establecidas
- Informar inmediatamente cualquier cambio en su estado de salud
- Asistir puntualmente a las citas médicas de seguimiento programadas
- Utilizar correctamente los elementos de protección personal indicados
- Participar activamente en las capacitaciones de seguridad y salud
- Reportar cualquier incidente o accidente de trabajo

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Yo, _____, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, manifiesto que he sido informado(a) de las recomendaciones derivadas del Examen Médico Ocupacional de Ingreso, realizado el día 15 de julio de 2025, y me comprometo a: 1. Gestionar de manera oportuna las citas médicas con Medicina Interna y Optometría a través de mi EPS, para dar continuidad a los controles recomendados por el médico laboral. 2. Informar oportunamente al área de Seguridad y Salud en el Trabajo sobre cualquier diagnóstico, tratamiento o restricción emitida por los especialistas tratantes que pudiera afectar el desarrollo de mis funciones. 3. Adoptar las recomendaciones generales en mi entorno laboral, tales como: • Mantener una higiene postural adecuada. • Realizar pausas activas durante la jornada según el programa de la empresa. • Usar de forma permanente la corrección visual indicada.

FIRMAS Y COMPROMISOS

TRABAJADOR	RESPONSABLE SST
_____	_____
Nombre: SARA DE AGUAS	Nombre: _____
C.C.: 49606647	C.C.: _____
Fecha: _____	Fecha: _____

Este documento ha sido generado automáticamente por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo 13/08/2025 a las 16:38

Para consultas sobre este documento, contacte al área de Seguridad y Salud en el Trabajo. Este documento tiene validez legal según la normatividad colombiana vigente.