CENTRO CLÍNICO VERUTTI SAS
NIT : 900815255-4
LSST No. 04924-05-2019, Habilitación No. 1900108836

Carrera 10 # 17N-45, Popayán - Cauca
Teléfono : 320 414 0334 - 602 835 3401
centroclinicoverutti@gmail.com
www.centroclinicoverutti.com

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-02-26	POPAYÁN (Cauca)	Pre-Ingreso	**1054392**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ	CC 10304502	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1984-12-05	39 años	A+	70 kilogramos	172 centimetros	23.66

Dirección Residencia	Teléfonos
CALLE 30N #6A-09 B/ ALICANTE	3113695047

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
FACILITADOR	Persona Natural	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Certificado emitido de acuerdo con la Evaluación Médica Ocupacional realizada el 2024-02-26. Para emitir el concepto médico ocupacional se analizaron los siguientes exámenes complementarios:

Audiometría Tamiz (2024-02-26), Optometría Ocupacional (2024-02-26)

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Pre-Ingreso: Condiciones de salud acordes con los requerimientos del perfil del cargo.

RECOMENDACIONES PARA EL ÁREA DE SST

- Realizar periódicamente todos los exámenes definidos según profesiograma de la empresa.
- Inducción y capacitación periódica, acordes a las funciones y riesgos del cargo.
- Capacitación sobre hábitos y estilos de vida saludable.
- Capacitación en higiene postural.
- Permitir al trabajador realizar una pausa activa cada 2 horas durante la jornada laboral.
- Complementar esquema de vacunación.
- Dotar al trabajador de Elementos de Protección Personal adecuados para el riesgo.
- Entregar al trabajador las recomendaciones médicas generadas a partir de la evaluación ocupacional realizada.
- **Control Médico en** 12 meses..
- Se recomienda incluir al trabajador en los siguientes **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica:** Visual, Biomecánico.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS, Optometría. ..

Se anexan Recomendaciones Médicas para el trabajador.

Firma Especialista
Dra. TANIA ANDREA DELGADO TOVAR
Registro No.: 1061762839
LSST.: 2752

Firma del Usuario
JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ
CC.: 10304502

Valide este documento en:
`https://simeonips.com/validar/cmo/gp5v6wzq-91lk-ajrk-dvcq-mhro14x2er8k`
Fecha Impresión: 2024-02-26 12:51:24 553825

CENTRO CLÍNICO VERUTTI SAS
NIT : 900815255-4
LSST No. 04924-05-2019, Habilitación No. 1900108836

Carrera 10 # 17N-45, Popayán - Cauca
Teléfono : 320 414 0334 - 602 835 3401
centroclinicoverutti@gmail.com
www.centroclinicoverutti.com

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Fecha Emisión	Realizado en	Tipo Evaluación - Énfasis	Orden Servicio No.
2024-02-26	POPAYÁN (Cauca)	Pre-Ingreso	**1054392**

Nombres y Apellidos	Identificación	Sexo
JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ	CC 10304502	Masculino

Fecha Nacimiento	Edad	Tipo Sangre - Rh *	Peso	Talla	Índice Masa Corporal
1984-12-05	39 años	A+	70 kilogramos	172 centimetros	23.66

EPS	ARL	AFP
Nueva EPS	Positiva	Porvenir

Cargo a desempeñar	Empresa	Empresa Usuaria
FACILITADOR	Persona Natural	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE



(*) Valor registrado según documento de identidad suministrado por el usuario

Como resultado de la Evaluación Médica Ocupacional, realizada el día 2024-02-26, el médico especialista Dra. TANIA ANDREA DELGADO TOVAR generó las siguientes recomendaciones médicas:

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

- Beber al menos 8 vasos de agua al día.
- Incorporar a la dieta diaria, alimentos de todos los grupos.
- Realizar ejercicio, mínimo 3 veces a la semana.
- Procurar una adecuada higiene del sueño.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

- Control visual anual.
- Se remite al trabajador para valoración por las siguientes especialidades: EPS, Optometría. ..

RECOMENDACIONES LABORALES DEL USUARIO

- Reportar oportunamente todo incidente o accidente relacionado con el trabajo.
- Cumplir con las normas de Seguridad y Salud en el trabajo establecidas por la empresa.
- Utilizar los EPI (Elementos de Protección Individual) otorgados por la empresa.
- Higiente Postural.
- Participar en el programa de pausas activas definido por la empresa.

Otras Recomendaciones: EL PACIENTE NO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD SEGÚN CRITERIO MÉDICO QUE GENERAN LIMITACIÓN PARA DESEMPEÑAR DICHOS CARGOS DE FORMA TEMPORAL SEGURA PERJUDICIALES A SU SALUD, A SU SEGURIDAD O A LA SEGURIDAD DE TERCERO. SE RECOMIENDA EL USO DE TAPABOCAS PARA UN ESTRICTO CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD TANTO A NIVEL LABORAL COMO EXTRA LABORA CORRESPONDIENTES SEGÚN PROTOCOLOS DE OMS.

La empresa **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE** hace entrega de las recomendaciones médicas antes mencionadas y agradece el cumplimiento de las mismas para lograr el cuidado integral de su salud.

Si el médico tratante le entregó alguna remisión a especialista, por favor, gestione la cita con su EPS. La empresa realizará seguimiento a este proceso cuando aplique, de acuerdo con lo definido en el SG-SST (Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo).

Responsable SG-SST

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Firma del Usuario

JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ
CC.: 10304502
Fecha de recibido:

CENTRO CLÍNICO VERUTTI SAS
NIT : 900815255-4
LSST No. 04924-05-2019, Habilitación No. 1900108836

Carrera 10 # 17N-45, Popayán - Cauca
Teléfono : 320 414 0334 - 602 835 3401
centroclinicoverutti@gmail.com
www.centroclinicoverutti.com

HC No. 10304502 Orden Servicio No. 1054392

AUDIOMETRÍA TAMIZ

Fecha de Examen	2024-02-26 11:19:05	**Orden Servicio No.**	**1054392**
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Énfasis en	No Aplica		
Ciudad	POPAYÁN (Cauca)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		

I. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ	**No. Identificación**	CC 10304502		
Sexo	Masculino	**Grupo Étnico**	Ninguna de las anteriores		
Nacionalidad	Colombia	**Fecha Nacimiento**	1984-12-05	**Edad**	39 años
Estado Civil	Soltero	**Composición Familiar**	3 personas		
Nivel Educativo	Especialización	**Profesión u Oficio**	INGENIERO MAGUISTER EN ENERGIA		
Ciudad	POPAYÁN (Cauca)				
Dirección Residencia	CALLE 30N #6A-09 B/ ALICANTE	**Estrato**	4		
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3113695047				
Correo Electrónico					
Discapacidad	Sin Discapacidad	**Tiene certificado de discapadidad?**	No Aplica		
EPS	Nueva EPS	**ARL**	Positiva	**AFP**	Porvenir
Acompañante/Responsable	No Registra				



II. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	FACILITADOR	**Área de Trabajo**	FACILITADOR
Descripción Cargo	OPERATIVA		
Turno de Trabajo	Diurno	**Rango Salarial**	Desconoce
Factores de Riesgo Auditivo para el cargo a desempeñar	Desconoce		
Exposición a Factores Riesgo Auditivo	No	**Uso de Elementos de Protección Auditiva**	No

III. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO AUDITIVO

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Auditivo	Uso Elementos Protección Auditiva

IV. ANTECEDENTES AUDITIVOS FAMILIARES

Niega

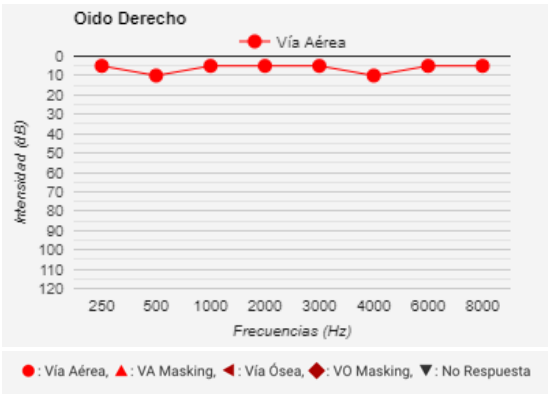
V. ANTECEDENTES PERSONALES

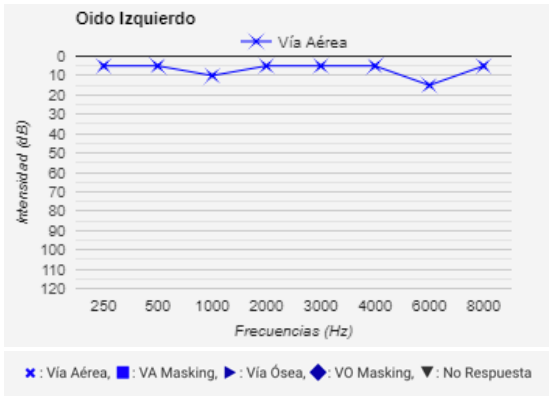
Generales	**Hipertensión Arterial**	Negativo	**Diabetes**	Negativo	**Parálisis Facial**	Negativo		
	Rinitis	Negativo	**Rubeola**	Negativo	**Sarampion**	Negativo		
	Paperas	Negativo	**Trauma Craneo Encefálico**	Negativo	**Otro**	Negativo		
Otológicos	**Otitis Repetitiva**	Negativo	**Hipoacusia**	Negativo	**Tinnitus**	Negativo		
	Cirugia Oido	Negativo	**Prurito**	Negativo	**Ototóxicos**	Negativo		
	Problemas de Equilibrio	Negativo						
Ruido Extralaboral	**Servicio Militar**	Negativo	**Auriculares**	Negativo	**Motociclismo**	Negativo		
	Tejo	Negativo	**Uso armas de fuego**	Negativo				
Observaciones	No							

VI. EXAMEN AUDIOMETRÍA

Fecha Última Audiometría	No-Recuerda	**Resultado**	Hace 8 MESES APROXIMADAMENTE, RESULTADO NORMAL.				
Reposo auditivo para la prueba actual	Si	**Tiempo del reposo auditivo**	9 Horas	**Tiempo de Exposición a Ruido**	0 Horas		
Uso de cabina	No	**Equipo para la prueba actual**	MAICO MA41	**Fecha Última Calibración**	2023-01-01		
Otoscopia	**Oido Derecho**	Normal					
	Oido Izquierdo	Normal					
Marcar audiometría actual como Audiometría Base?	Si						

Audiogramas





Resumen de Frecuencias Audiometría Actual	**Intensidad**	**Frecuencias (Hz)**								**Promedio Tonos Puros (5,1,2,3)**
		250	**500**	**1000**	**2000**	**3000**	**4000**	**6000**	**8000**	
	Oido Derecho - Vía Aérea	5	10	5	5	5	10	5	5	6.3dB
	Oido Izquierdo - Vía Aérea	5	5	10	5	5	5	15	5	6.3dB

M: Masking, **NR:** No Respuesta

VII. DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO

Diagnóstico Principal CIE-10	Z011 - Examen de oidos y de la audicion
Tipo	Impresión Diagnóstica

Oido Derecho	Según GATISST, Audición Normal.
Oido Izquierdo	Según GATISST, Audición Normal.
Interpretación Audiometria	Normal bilateral
Comparación con audiometría de base	No se realiza comparación

VIII. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Ninguna
Observaciones	CONTROL EN UN AÑO.

Firma Especialista

Dra. Lina Rosana Arenas Florez
Registro No.: 19-04014-05-2011

Firma del Usuario

JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ
CC.: 10304502

CENTRO CLÍNICO VERUTTI SAS
NIT : 900815255-4
LSST No. 04924-05-2019, Habilitación No. 1900108836

Carrera 10 # 17N-45, Popayán - Cauca
Teléfono : 320 414 0334 - 602 835 3401
centroclinicoverutti@gmail.com
www.centroclinicoverutti.com

HC No. 10304502 Orden Servicio No. 1054392

OPTOMETRÍA OCUPACIONAL

Fecha de Examen	2024-02-26 12:34:57	**Orden Servicio No.**	**1054392**
Tipo de Examen	Pre-Ingreso		
Énfasis en	No Aplica		
Ciudad	POPAYÁN (Cauca)		
Empresa Convenio	Persona Natural		
Empresa Usuaria	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		

II. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ	**No. Identificación**	CC 10304502		
Sexo	Masculino	**Grupo Étnico**	Ninguna de las anteriores		
Nacionalidad	Colombia	**Fecha Nacimiento**	1984-12-05	**Edad**	39 años
Estado Civil	Soltero	**Composición Familiar**	3 personas		
Nivel Educativo	Especialización	**Profesión u Oficio**	INGENIERO MAGUISTER EN ENERGIA		
Ciudad	POPAYÁN (Cauca)				
Dirección Residencia	CALLE 30N #6A-09 B/ ALICANTE			**Estrato**	4
Zona de Residencia	Urbana	**Localidad/Comuna**			
Teléfonos	3113695047				
Correo Electrónico					
Discapacidad	Sin Discapacidad	**Tiene certificado de discapadidad?**	No Aplica		
EPS	Nueva EPS	**ARL**	Positiva	**AFP**	Porvenir
Acompañante/Responsable	No Registra				



III. INFORMACIÓN LABORAL ACTUAL

Cargo a desempeñar	FACILITADOR	**Área de Trabajo**	FACILITADOR
Factores de Riesgo Visual para el cargo a desempeñar	Desconoce		
Exposición a Factores Riesgo Visual	Si	**Uso de Elementos de Protección Visual**	No
Pantalla Computador			

IV. ANTECEDENTES OCUPACIONALES DE RIESGO VISUAL

Empresa	Cargo	Tiempo	Expuesto a Riesgo Visual	Uso Elementos Protección Visual

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Hipertensión Arterial	Negativo.	**Diabetes**	Negativo.
Trigliceridos	Negativo.	**Tiroides**	Negativo.
Artritis	Negativo.	**Otros**	Negativo.
Observaciones			

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

Generales	**HTA**	Negativo	**Diabetes**	Negativo	**Trigliceridos**	Negativo
	Tiroides	Negativo	**Artritis**	Negativo	**Otro**	Negativo
Oculares	**Glaucoma**	Negativo	**Pterigio**	Negativo	**Chalazion**	Negativo
	Catarata	Negativo	**Ciguría Refractiva**	Negativo		
Observaciones						

VII. SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Mala Visión Lejana	No	**Mala Visión Próxima**	No	**Lagrimeo**	No	**Cansancio Visual**	No
Ardor	No	**Cefaléa**	No	**Prurito**	No	**Secreación**	No
Hiperemia	No	**Fotofobia**	No	**Desviación Ocular**	No	**Resequedad**	No
Observaciones							

VIII. EXAMEN OPTOMÉTRICO

Corrección Habitual	**Fecha Último Control Visual**	Un año			**Usa lentes con fórmula**	No	
	Tipo de Lentes				**Frecuencia de Uso**		
	Lensometría - Ojo Derecho				**Lensometría - Ojo Izquierdo**		
Agudeza Visual	**Visión Lejana**	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**	20/20	**Ojo Izquierdo**	20/20	
		Con corrección	**Ojo Derecho**	20/20	**Ojo Izquierdo**	20/20	
	Visión Próxima	**Sin corrección**	**Ojo Derecho**	050	**Ojo Izquierdo**	050	
		Con corrección	**Ojo Derecho**	20/20	**Ojo Izquierdo**	20/20	
Estado Motor	**Visión Lejana**	Ortoforia					
	Visión Próxima	Ortoforia					
	Punto Próximo de Convergencia	8 centimetros					
Examen Externo	**Ojo Derecho**	NORMALES					
	Ojo Izquierdo	NORMALES					
Oftalmoscopia	**Ojo Derecho**	RETINA APLANADA					
	Ojo Izquierdo	RETINA APLANADA					
Retinoscopia	**Ojo Derecho**	N-025X0			**Ojo Izquierdo**	-025-050X170	
Subjetivo con Fórmula Final	**Ojo Derecho**	N-025X0	**Visión Lejana**		**Visión Cercana**		
	Ojo Izquierdo	N-025X170	**Visión Lejana**		**Visión Cercana**		
Visión Cromática	Normal						
Visión Profundidad	Normal						
Visión Periférica	Normal						

IX. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal CIE-10	H522 - Astigmatismo
Tipo	Confirmado Nuevo

No.	Ojo	Descripción

X. RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Recomendaciones	Se recomienda Uso de fórmula de lentes, Remisión a oftalmología
Observaciones	SE DA FORMULA DE GAFAS PARA USO DE PC



Firma Especialista

Dra. MARIA ALEJANDRA MUÑOZ QUINTERO
Registro No.: TP 34318833



Firma del Usuario

JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ
CC.: 10304502

SocialMed IPS
GESTIONAMOS TU SALUD

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL TRABAJO O SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

NOMBRE: *JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ*	**SEXO:** *MASCULINO*
IDENTIFICACIÓN: *10.304.502*	**EDAD:** *40 año(s).*
ESTADO CIVIL: *SOLTERO*	**FECHA NACIMIENTO:** *05-12-1984*
CONTRATO: *ATENCIONES POR SALUD LABORAL*	**TELEFONO:** *3113695047*
ETNIA: *ND*	**TIPO DE USUARIO:** *ND*
GRUPO SANGUINEO y RH: *A +*	**FECHA DE ATENCIÓN:** *27-02-2025*
DIRECCIÓN: *- CRA 30N #6A-09*	**FECHA DE IMPRESIÓN:** *28-02-2025 8:45 am*

DATOS PERSONALES

OCUPACION: *NA*, **GRUPO POBLACIONAL:** *NA*, **SABE LEER O ESCRIBIR:** *NA*, **NIVEL DE ESCOLARIDAD:** *NA*

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE LO REMITE: PARTICULAR
CARGO (EMPRESA ACTUAL O AL QUE ASPIRA) : FACILITADOR TECNOACADEMIA
TIPO DE VALORACIÓN: INGRESO
ÉNFASIS: OSTEOMUSCULAR , PSICOSOCIAL
MOTIVO DE CONSULTA: VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR Y PSICOSOCIAL PROFESIÓN: INGENIERO EN AUTOMÁTICA INDUSTRIAL CARGO: FACILITADOR TECNOACADEMIA , LINEA DE INGENIERÍA Y DISEÑO

CONCEPTO

EL SERVICIO MÉDICO OCUPACIONAL CON EL/LA DOCTORA **PILAR IVONNE DE LA VEGA CRUZ** , MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL, MEDIANTE EL EXAMEN DE APTITUD, PARA EL DESEMPEÑO DEL CARGO Y DE LAS FUNCIONES CORRESPONDIENTES AL MISMO, EMITE QUE LA PERSONA IDENTIFICADA EN ESTE CERTIFICADO ES:

¿EXISTEN CONDICIONES DE SALUD QUE LIMITAN SU TRABAJO NORMAL?: NO
EXAMEN APLAZADO: NO
EVOLUCIÓN O ANOTACIÓN ADICIONAL: - SIN ALTERACIÓN OSTEOMUSCULAR QUE LIMITE SU DESEMPEÑO LABORAL - SIN ALTERACIÓN PSICOSOCIAL QUE LIMITE SU DESEMPEÑO LABORAL

RECOMENDACIONES

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:

- HÁBITOS SALUDABLES FORTALECIMIENTO MUSCULAR ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA HACER DEPORTE DIETA BALANCEADA

MEDICAS:

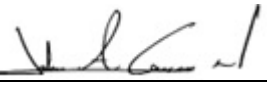
- USAR CORRECCIÓN VISUAL VALORACIÓN MEDICA DE RUTINA

OCUPACIONALES:

- USO DE EPP SVE VISUAL PAUSAS ACTICAS E HIGIENE POSTURAL

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ADICIONALES: EL PRESENTE CONCEPTO DE APTITUD SE EMITE CON BASE EN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL REALIZADA EL DIA DE HOY Y CON BASE EN LA INFORMACIÓN APORTADA POR EL TRABAJADOR Y/O LA EMPRESA CONTRATANTE. ADULTO EN BUEN ESTADO GENERAL, SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO NORMAL DEL CARGO AL QUE APLICA, SE RECOMIENDA: - SIN ALTERACIÓN OSTEOMUSCULAR QUE LIMITE SU DESEMPEÑO LABORAL - SIN ALTERACIÓN PSICOSOCIAL QUE LIMITE SU DESEMPEÑO LABORAL - SE DAN PAUTAS DE AUTO CUIDADO INTRA Y EXTRALABORALES - POSIBILITAR CAMBIOS POSTURALES Y EJECUCIÓN DE PAUSAS ACTIVAS MIXTAS O DESCANSOS DURANTE LA JORNADA DE ACUERDO AL PROGRAMA DE PAUSAS DEL PROCESO DE SST DE LA EMPRESA - - PAUSAS

Firma: 
PILAR IVONNE DE LA VEGA CRUZ
cc.1061706577 // SALUD OCUPACIONAL

Firma: 
JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ

VISUALES, REGLA DEL 20-20 CONSISTE EN DESCANSAR CADA 20 MINUTOS DE EXPOSICIÓN CONTINUA A PANTALLAS, DURANTE 20 SEGUNDOS INTENTANDO ENFOCAR LA MIRADA HACIA UN OBJETO QUE SE ENCUENTRE A 6 METROS APROXIMADAMENTE DE DISTANCIA. ASÍ CONSIGUES RELAJAR LA ACOMODACIÓN DEL OJO Y AUMENTAR EL PARPADEO, PARA REDUCIR LOS SÍNTOMAS DEL ESFUERZO OCULAR. - CAPACITACIONES SOBRE HIGIENE POSTURAL DE ACUERDO AL CARGO Y PUESTO DE TRABAJO - ACTIVIDAD FISICA REGULAR PARA FORTALECIMIENTO MUSCULAR - RECOMENDACIONES SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE - ALIMENTACIÓN BALANCEADA - HIGIENE DEL SUEÑO - USO ADECUADO DE LOS EPP - SVE VISUAL DE LA EMPRESA - USO DE CORRECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A INDICACIONES DE OPTOMETRIA -- CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide con la base a la historia clinica ocupacional del trabajo, lo cual tiene un carácter confidencial

Firma:
PILAR IVONNE DE LA VEGA CRUZ
cc.1061706577 // SALUD OCUPACIONAL

Firma:
JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**Sr.JHONN ALEXANDER GUERRERO NARVAEZ**	**REFERENCIA:**	**81210815**
DOCUMENTO:	**CC.10304502**	**FECHA INGRESO:**	**03.Feb.2025 7:59 a. m.**
EMPRESA:	**PARTICULAR - SUROCCIDENTE CIUDADES INT**	**SEDE:**	**SYNLAB POPAYAN RIALAB**
DOCTOR:	**NO DISPONIBLE**	**EDAD-SEXO:**	**40 Años - Masculino**

INMUNOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
Glicemia (Glucosa):	**89.5** mg/dL	70 100 mg/dL

Esta prueba fue procesada en: Laboratorio Clínica Estancia Popayan

Técnica:Glucosa Hexoquinasa

OBSERVACIONES: NOTA: ESTA PRUEBA FUE REALIZADA EN UN LABORATORIO CLINICO EXTERNO,SELECCIONADO Y EVALUADO POR EL LABORATORIO SYNLAB

NOTA: Criterios diagnósticos de diabetes según Asociación Americana de Diabetes (ADA) 2024:
- Glucosa plasmática en ayuno: mayor o igual a 126 mg/dL.

Analizado por,



CARLOS ROBERTO ESPITIA LEON
BACTERIOLOGO DE PROCESO T.P:1095804573
Copiado:CREL

Fecha de Validación:03/Feb 2025 11:28

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]*

VIGILADO Supersalud