

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBAS DE VERIFICACION DE CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Código: HSEQ-FR-35
		Versión: 01
		Página: 1 de 2
		Vigencia desde: 02/11/2022

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____, atendiendo mis deberes como empleado y con pleno conocimiento del riesgo que implica para mi salud, mi seguridad y la de los demás, llevar a cabo la ejecución de mis actividades o tareas encomendadas en mi labor, bajo los efectos del alcohol, sustancias psicoactivas y narcóticas y drogas enervantes; Declaro que:

1. Conozco y acepto que existen condiciones del trabajo que bajo los efectos del alcohol, sustancias psicoactivas y narcóticas y drogas enervantes pueden poner en riesgo mi seguridad y las de mis compañeros de trabajo y usuarios (marque con una

SI NO

2. Conozco y acepto integralmente la Política incluida dentro del programa de Prevención del consumo de alcohol, tabaco y sustancias Psicoactivas

SI NO

3. Conozco y acepto las condiciones establecidas en el Reglamento Interno de trabajo que versan sobre la materia y que las mismas pueden ser utilizadas para realizar el proceso disciplinario

SI NO

Por el presente doy mi consentimiento a que se revelen los resultados de mi análisis de orina y/o sangre a la (s) persona (s) autorizadas de mi empleador.

Someterme de manera voluntaria y libre a la práctica aleatoria y sin previo aviso de los exámenes que determine la empresa para establecer la presencia en mi organismo de alcohol o cualquier otra sustancia psicoactiva o enervante que ponga en riesgo mi seguridad, la de los miembros de la compañía, la de terceros en general o causar daño y detrimento a bienes Ajenos.

Certifico que se me ha explicado, se resolvieron mis inquietudes y comprendo el propósito y el procedimiento para practicar la prueba. La realización de dicha prueba es en orina o en aliente la cual indica que será aun

	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE PRUEBAS DE VERIFICACION DE CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS</p>	Código: HSEQ-FR-35
		Versión: 01
		Página: 1 de 2
		Vigencia desde: 02/11/2022

procedimiento totalmente natural inocuo y que no causa efectos adversos; y que la muestra biológica entregada por mi para estudio me pertenece y no ha sido adulterada en ninguna forma.

En constancia **ACEPTO** lo expuesto y se firma a los _____ días del mes de _____ de 20__ a las _____ horas.

FIRMA DEL EMPLEADO

NOMBRE DEL EMPLEADO

de Documento

CARGO

ASIGNADO AL CLIENTE _____