

	<b>SISTEMA GESTIÓN AES COLOMBIA</b> <b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>ALCOHOLIMETRIA</b> <b>CO-SS-PO-002-F1</b>	
	Versión: 0	Fecha Revisión: Oct-2021

## CONSENTIMIENTO INFORMADO ALCOHOLIMETRIA

Fecha: (DD/MM/AA) \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ Identificado  
 (a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
**CERTIFICO** con este documento legal, que he sido informado (a),  
 por \_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_ sobre la  
 realización de la **PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA**, la cual se llevará a cabo el día de hoy. De igual  
 forma se me ha informado la finalidad de la prueba y la forma de cómo se tomará.

Se me permitió preguntar y aclarar las dudas generadas sobre la prueba, al igual que proporcionarme  
 información sobre mi derecho a rechazar la actividad; también que cada una de las observaciones  
 necesarias serán anotadas al final de la prueba en este mismo documento.

Se encontró que el nivel de alcohol señalado por el alcoholímetro fue de: \_\_\_\_\_ según  
 queda registrado en el papel dado por la impresora del alcoholímetro que se adjunta a este  
 consentimiento.

Dejamos constancia que al observar y conversar con el trabajador le encontramos:

ITEM	CONCEPTO	SI	NO
1	Descuido de la presentación personal		
2	Comportamiento diferente al normal		
3	Movimientos Incordiados		
4	Movimientos Lentos		
5	Movimientos Torpes		
6	Dificultades para mantener el equilibrio		
7	Inyección conjuntival (ojos enrojecidos)		
8	Disartria (Dificultad para articular palabras)		
9	Alteración para articular palabras		
10	Aliento alcohólico		
11	Respuestas inadecuadas		

**NOTA:** En caso de que el resultado de la Prueba de Alcoholimetría arroje resultado **POSITIVO** (Se  
 entiende como Grado I, donde ya existen efectos generados por el consumo de alcohol), el trabajador  
 deberá retirarse de la parte productiva de la Empresa.

Hay que tener en cuenta que, si el trabajador se niega a tomar la prueba, esto debe registrarse en  
 el consentimiento, especificando el porqué de la decisión tomada por el trabajador y la firma de los  
 que intervinieron en la prueba

Aprobó William Alarcón Gerente de Operaciones	Actualizó: Paola Muñoz 8/10/2021	Revisado por: Francisco Alonso Castro Gómez	Fecha Efectiva: 08/10/2021	No. Hojas: 2
		Fecha Revisión: 08/10/2021	Fecha Actualización: 08/10/2021	No. Anexos: 0

**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ORINA**

**OBSERVACIONES**

---

---

---

---

---

---

---

---

Para constancia se firma por las personas que intervinieron en la prueba

\_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador y CC (firma)

\_\_\_\_\_  
Nombre de testigo de la prueba y CC

\_\_\_\_\_  
Realizador de la prueba y CC