

	<b>SISTEMA GESTIÓN AES COLOMBIA</b>	
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBAS DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ORINA</b>	
	<b>CO-SS-PO-002-F2</b>	
Versión: 0		Fecha Revisión: Oct-2021

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O ALUCINÓGENAS EN ORINA

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 DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O ALUCINÓGENAS EN ORINA**, 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 resultado de la prueba fue: \_\_\_\_\_, se deja registro fotográfico del resultado el cual 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	Respuestas inadecuadas		

**NOTA:** En caso de que el resultado de la Prueba de **DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS O ALUCINÓGENAS EN ORINA** arroje resultado **POSITIVO**, 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

<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBAS DE DETECCIÓN DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ORINA</b>
--

**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 (firma)

\_\_\_\_\_  
Realizador de la prueba y CC (firma)