

	NOMBRE		CÓDIGO
	REGISTRO DE PRUEBA DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS		13-FT-082
TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO		VERSIÓN 001
FORMATO	MISIONAL		

Yo, _____, identificado con cédula de ciudadanía número _____ expedida en _____, conozco que SOCIMEDICOS S.A.S - IPS Clínica San Rafael (la “Compañía”), es una institución prestadora de servicios de salud que cuenta con una Política de No drogadicción, no alcoholismo y no tabaquismo (Código 01-OD-007), para asegurar que los espacios de trabajo estén libres del uso de alcohol y demás sustancias psicoactivas y psicotrópicas, con el propósito de generar espacios adecuados y seguros para sus colaboradores, pacientes y usuarios, y evitar poner en riesgo a estos y a la operación de la empresa.

Reconozco que de conformidad con los procedimientos adoptados por la Compañía en relación con la generación de espacios seguros y de uso de alcohol y demás sustancias psicoactivas y psicotrópicas, la Compañía puede realizar pruebas de alcohol y otras sustancias psicoactivas y psicotrópicas a aquellos colaboradores que, en razón a sus funciones y responsabilidades, requieren mantener un estado cognitivo de sobriedad adecuados.

Manifiesto que he leído cuidadosamente este documento y entiendo completamente su contenido. Así mismo, confirmo haber tenido la oportunidad de preguntar y resolver mis dudas con respecto al examen y sus posibles resultados.

Manifiesto que estoy de acuerdo y doy mi consentimiento libre para realizar las pruebas de alcoholimetría u otras sustancias psicoactivas. No estoy de acuerdo y no doy mi consentimiento para la realización de la prueba.

Fecha toma de prueba	Hora toma de prueba	Tipo de prueba	Resultado de prueba	Nombre quien realiza la prueba

Se firma en constancia de lo anterior en la ciudad de Al día Del mes de del año

Firma del colaborador
Nombre completo

N° identificación

Cargo que desempeña

Firma del testigo
Nombre completo

N° identificación