Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mayor de edad, identificado(a) con cédula de ciudadanía N°. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo de manera expresa a la **COOPERATIVA DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD RED MEDICRON IPS**, identificada con Nit. 900077584-5 doy mi consentimiento para que me realicen a mi ingreso a la jornada laboral, dentro de ella y/o en cualquier momento, en forma periódica y/o aleatoria, mediciones de alcoholimetría (alcohol etílico en el aire espirado), en sangre y/o orina, consumo de sustancias alucinógenas.

Declaro que se me ha facilitado esta hoja informativa, además se me ha explicado y comprendo la importancia de realizar las mediciones mencionadas, a fin de garantizar el cumplimiento de las normas que integran el Sistema de Seguridad y Salud en Trabajo y, además, que mis labores se realicen en condiciones aptas que reflejen el pleno uso de mis facultades psíquicas, intelectivas, físicas, sin que factores imputables a mi propia conducta alteren, aminoren o enerven mi normal capacidad de trabajo. Igualmente, que la medición busca corroborar el cumplimiento de las normas internas y evitar situaciones que pongan en peligro mi integridad, así como la de los demás trabajadores, pacientes, usuarios, proveedores, contratistas y, en general, atenten contra los bienes de la empresa o generen un riesgo para su seguridad industrial.

Adicionalmente, declaro que conozco las normas que rigen la materia, contenidas en el Reglamento Interno de Trabajo, el Código Sustantivo del Trabajo y la Política de Prevención del Consumo de Sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco de RED MEDICRON IPS y las Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Esta autorización es otorgada por mí y declaro que me encuentro en plenas facultades mentales y no estoy bajo ninguna presión, coacción o cohesión por parte la COOPERATIVA DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD RED MEDICRON IPS.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Firma | Cargo |
|  |  |
| Nombres y Apellidos | Dependencia |