**Fecha:**

**Hora:**

I**nformación de la empresa**:

**Empresa:** ……………………………………………………………………………………………..

**Dirección:** ………………………………………………………………… **Nit:** ……………………

**Ciudad:** ……………………..……………………………………………. **Tel:** ……………………

**Información del donante de la muestra a analizar y certificación de la información:**

**Nombre completo:** ………………………………………………………………………………..

**Nº. Identificación:** …………………… **De:** ……………………………………………………...

**Tipo de Prueba:** **Ingreso Control Otro: Cuál:** ……………………….

**Cargo que desempeña:** ………………………………………………………………………….

**A.R.L:** ………………………………………………… **E.P.S:** …………………………………...

**¿Ha consumido medicamentos durante los últimos 3 días? SI NO**

**¿Cuál?:** ………………………………………………………………………………………………………..

*De acuerdo a los artículos 60 y 62 del Código Sustantivo del Trabajo, con base en la normatividad legal vigente a la fecha en cuanto a la prevención de consumo de alcohol y drogas psicotrópicas en el medio laboral y según las normas implementadas por la organización, me permito aceptar de manera voluntaria, libre y expresa, que me sean practicadas las pruebas de sustancias psicoactivas y de alcohol establecidas como parte del Programa Preventivo ante consumo de SPA y ALCOHOL, certifico además que la (s) muestra (s) biológica (s) entregada (s) para el respectivo estudio me pertenece (n), que no ha (n) sido sustituida (s) , alterada (s) y concedo autorización para la realización del procedimiento respectivo, garantizando estar de acuerdo con los resultados que éste arroje, sujeto (a) a las consecuencias laborales y/o legales a que dé lugar. Acepto y autorizo que los resultados sean entregados a mi empleador y/o a la persona de salud de mi empresa.*

*Para constancia de lo anterior, se diligencia y firma a continuación.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma del donante Identificación Huella*

**Análisis de Resultado:**

Tipo de muestra: **TEST INMEDIATO 5 DROGAS…........ TEST DE ALCOHOL…......**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la droga** | **Código en dispositivo** | **Resultados** | | |
| **Positivo** | **Negativo** | **No aprobado/ No aplicable** |
| *Cocaína* | ***COC*** |  |  |  |
| *Marihuana* | **THC** |  |  |  |
| *Opiáceo* | **OPI** |  |  |  |
| *Metanfetamina* | **mAMP** |  |  |  |
| *Éxtasis* | **MDMA** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del compuesto a analizar** | **Dispositivo de Prueba** | | **Resultado** | | |
| **Tirilla reactiva** | **Alcoholímetro** | **Positivo** | **Negativo** | **%** |
| *Alcohol* |  |  |  |  |  |

**Observaciones:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

*Certificamos por este medio que hemos recogido la muestra suministrada por el donante antes mencionado y que no fue sustituida ni adulterada ante nuestro conocimiento. La temperatura y el color de la muestra fueron aceptables.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma y sello del colector*

Al registrar y entregar sus datos personales mediante este mecanismo de recolección de información, usted declara que conoce nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en: [**www.politicadeprivacidad.co/politica/zfipusuariooperador**](http://www.politicadeprivacidad.co/politica/zfipusuariooperador), también declara que conoce sus derechos como titular de la información y que autoriza de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **ZONA FRANCA INTERNACIONAL DE PEREIRA SAS USUARIO OPERADOR DE ZONAS FRANCAS** con **NIT 900311215** para gestionar sus datos personales bajo los parámetros indicados en dicha política de tratamiento.