

Cadena de Custodia									
			Datos de l	la Organizació	n:				
Nombre de la Organizaci	ombre de la Organización: GRUPO GIF SEGURIDAD PRIVADA S.A. DE C.V.								
Domicilio:		SUR 71-A No 203 COL. JUSTO SIERRA							
Ciudad:	IZ	ZTAPALAPA		Estado:		C.D.M.X.	Tel:	55-3603-4528	
Nombre Colector:									
Email:									
Datos del Donante:									
Nombre (s):				Apellidos	S:				
Edad:	Sexo:	М	F	No. De empleado):				
Tipo de Identificación:	IFE	Licencia	Otra:	No. De Id	lentificació	ón:			
Describa que medicamer	ntos le han recetad	lo:							
Motivo del examen:		Aleatorio:		Periódico:		Otro:			
			Autorizac	ión del Donan	to				
Por medio de la presente	autorizo someterr					resencia de drogas	s. Así mis	mo certifico que la	
muestra entregada es mía y no ha sido sustituida o adulterada.									
_	_								
Fecha y Hora				Firma Huella			Digital		
			Visto Bue	eno del Colecto	or				
Por medio de la presente certifico que la muestra ha sido tomada, sellada y etiquetada en mi presencia y ha sido entregada por el donante arriba									
mencionado.									
Fecha y				Nombre y					
	Hora		Firma						
Resultados de la Prueba									
Droga		Resultado		Droga				Resultado	
Anfetaminas	(AMP)			Benzodia	acepinas	(BZD)			
Cocaína	(COC)			Metanfet	aminae	(MET)			
Oocama	(000)			Wetamet	ummas	(WILI)			
Marihuana	(THC)								
Laboratorio									
	_	Fecha y Hora de recibo							
La integridad de la muest	Nombre y Firma tra fue:		Aceptable	()	Inace	eptable ()	· -		
Notas/Comentarios:				\ /					
	·							·	