#	NOMBRE PRODUCTO	MARCA	FABRICANTE, COMERCIALIZADOR O IMPORTADOR	PRESENTACIÓN	DOCUMENTO SANITARIO	FECHA DE VENCIMIENTO	No. DE LOTE/ SERIAL	CANTIDAD CONGELADA	UNIDAD DE MEDIDA	**CAUSAL APLICACIÓN MEDIDA

****TM:** Toma de muestra para análisis **DO**: Documentación **RO**: Incumplimiento rotulado **CO:** Competencia de otra entidad

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ