



01 Fecha		
día	mes	año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

De	02 Código de CAPS / Remitente	Nombre Establecimiento
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A	03 Código de CAPS / Remitente	Nombre Establecimiento
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

04 Código / Medicamento / Presentación	05 Lote	06 Cant. unid.	07 Lote	08 Cant. unid.	09 Lote	10 Cant. unid.	11 Lote	12 Cant. unid. mínimas	13 Total. env.

14 Firma / Aclaración responsable Efactor Remitente	<input type="text"/>
---	----------------------

15 Firma / Aclaración responsable Efactor Receptor	<input type="text"/>
--	----------------------

16 Firma / Aclaración responsable Jurisdicción	<input type="text"/>
--	----------------------

15 Observaciones	<input type="text"/>
------------------	----------------------