

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 346 Razon social: \_\_\_\_\_

Contacto: America Hernandez

ENLACE Y DISTRIBUCION

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Telefono: 777 299 1995

Caja: 1

de 1

Fecha de solicitud: 21-ABR-2023

2. MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN para llenar por el cliente y ejecutivo de ventas

	1. Derivado de almacén	2. Captura en ventas	3. Control de calidad	4. Caducidad	5. Producto maltratado	6. Recall	7. Captura de cliente	8. Derivado de distribución		
CLAVE BRUDIFARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y REPRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
506741	GALAYER GEL C/10 SOB 10 ML	1	230394	31-ENE-2025		109927877	17-ABR-2023	5	60085870	84052245
500200	ARDOSONS CAP C/20 0.75/25/215 MG	3	22124344	31-DIC-2024		109927880	17-ABR-2023	5	60085871	84052246

INSERTAR TANTAS LINEAS COMO SEA NECESARIO

3. AUTORIZACION DE LA DEVOLUCION para llenar por el Ejecutivo de ventas

¿Se autoriza la devolución?: Si  No:  Ejecutivo que autoriza: MA CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: Ma Consuelo Castillo Flores Fecha: 21-ABR-2023

4. RESULTADO DE LA VALIDACION para llenar por el Supervisor/Auxiliar de devoluciones

Validado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha