FECHA: 23-ene-2024

CLIENTE / SUCURSAL: **DISTIBUIDORA DEKAFARMA**

MOTIVOS DEL RECHAZO: 1. Corta caducidad, 2. Producto maltratado, roto o mojado 3. Producto no solicitado, 4. Otros.

MATERIAL	NOMBRE Y PRESENTACIÓN	CANTIDAD	LOTE	NO. FACTURA	MOTIVO DEL RECHAZO	N° 84
506144	GELUBRIN CAPS 400 MG C/10	2	R873	109994172	**2**	84054077
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					
	0					