

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 169 Razon social: REDER Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Contacto: HECTOR SANCHEZ CAMACHO Telefono: 5750-0745 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 14-nov-23

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. Retiro de Mercado (Recall)    7. Captura de cliente    8. Derivado de distribución

CLAVE BRUDIFARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
501361	DEXAMETASONA SOL INY C/1 8 MG	3	B23A757	30-abr-26		109978103	06-nov-23	5	60088389	84053657

\*Insertar tantas lineas como sea necesario

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

?Se autoriza la devolucion?: SI  X No: \_\_\_\_\_ Ejecutivo que autoriza: VIOLETA CALDERON Firma: 

Fecha: 14-NOV-2023 Local: \_\_\_\_\_ Foraneo: \_\_\_\_\_ Importe de la Devolucion: \_\_\_\_\_ Nota: Importe de \$3,000.00 Foraneas con transporte externo NO genera Devolucion.

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

Validado por: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_