

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 346 Razon social: _____ Establecimiento: _____
 Contacto: America Hernandez Telefono: 777 239 1995 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 20-oct-23

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

1. Derivado de almacen 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 distribucion

| CLAVE BRUDI-FARMA (CODIGO SAP) | MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACIÓN | CANTIDAD EN PIEZAS | LOTE | CADUCIDAD | NO. FACTURA FISCAL | NO. FACTURA INTERNA SAP | FECHA DE FACTURA | MOTIVO DE DEVOLUCION | # FOLIO 600 | # FOLIO 84 |
|--------------------------------|------------------------------------|--------------------|----------|-----------|--------------------|-------------------------|------------------|----------------------|-------------|------------|
| 500249 | FENIMETH Y OYU C/12 500 MG/100 000 | 2 | 23062396 | 30-jun-25 | | 109972762 | 16-oct-23 | 5 | 60088104 | 84053505 |
| 507962 | LINCOMICINA SOL. INY C/6 600 MG | 1 | B23F611 | 28-feb-25 | | 109972762 | 16-oct-23 | 5 | 60088104 | 84053505 |
| 500084 | TRIBEDOCE DX SOL. INY C/3 | 12 | 3070802 | 28-jul-25 | | 109972762 | 16-oct-23 | 5 | 60088104 | 84053505 |

*Insertar tantas lineas como sea necesario

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

?Se autoriza la devolución?: SI: No: Ejecutivo que autoriza: MA. CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: [Firma]
 Fecha: 20-OCT-2023 Local: _____ Foraneo: _____ Importe de la Devolución: _____ Nota: Importe de \$3,000.00 Foraneas con transporte externo NO genera Devolución.

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____