

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 169 Razón social: REDER Establecimiento: _____
 Contacto: Hector Sanchez Camacho Teléfono: 55-57-50-07-45 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 22-mar-2024


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
500093	CLUCID TAB C/20 5 MG	615	207251	30-Jun-2024	2000009941	2000009941	07-mar-2024	4	60090075	84054537
502299	OXOLVAN SOL C/120 ML	1	4020131	07-feb-2026	2000011871	2000011871	14-mar-2024	5	60090078	84054541
500001	ADINOL INF SOL C/120 ML	1	4020184	20-feb-2026	2000011865	2000011865	14-mar-2024	5	60090080	84054542
507830	CEFTRIAXONA IM SOL INY C/1 1 GR	1	4010218	01-feb-2026	2000011868	2000011868	14-mar-2024	5	60090081	84054543
502381	SOLTRIM SUS C/120 ML	1	4020158	11-feb-2026	2000011868	2000011868	14-mar-2025	5	60090081	84054543
500369	ARGENTAL CRE 1% C/28 GR	1	231018	31-dic-2025	2000011868	2000011868	14-mar-2026	5	60090081	84054543
502438	NEDICLON TAB C/20 100 MG	1	308037	20-sep-2025	2000011868	2000011868	14-mar-2027	5	60090081	84054543

*Insertar tantas lineas como sea necesario

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

¿Se autoriza la devolución?: SI: X No: _____
 Fecha: 22-MAR-2024 Local: _____ Foraneo: _____ Importe de la Devolución: _____ Nota: Importe de \$3,000.00 Forneas con transporte externo NO genera Devolución.
 Ejecutivo que autoriza: VIOLETA CALDERON Firma: 

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

--

Validado por: _____

Firma _____

Fecha _____