

**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: 57500745 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 12-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 PRESENTACIÓN	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
502449	DERIMETON JBE C/120 ML	1	3060671	20-JUN-2028		2000009940	07-MAR-2024	5	60089937	84054482
500121	NIXELAFC SUS C/250 MG	1	4010119	10-ENE-2026		2000009940	07-MAR-2024	5	60089937	84054482
507494	BARMICL COMPUESTO CRE 40 GR	1	24010318	31-ENE-2026		2000009940	07-MAR-2024	5	60089937	84054482

\*Insertar tantas líneas como sea necesario

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

¿Se autoriza la devolución?: SI:  X No:   
 Fecha: 12-MAR-2024 Local:                      Foráneo:                      Importe de la Devolución:                       
 Ejecutivo que autoriza: VIOLETA CALDERON Firma: *Violeta Calderon*  
 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: \_\_\_\_\_