

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 346 Razón social: AMERICA HERNANDEZ

ENLACE Y DISTRIBUCION

Establecimiento:

Contacto

Teléfono: 777 299 1995

Caja:

1

de

1

Fecha de solicitud: 05-DIC-2022

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

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
502139	BAÑO COLOIDE RIBAN PVO C/90 GR	4	0005347	31-OCT-2024		109891414	28-NOV-2022	5	60084707	84051690
504194	WADIL TAB C/30 500/5 MG	1	SF2219	30-JUN-2024		109891414	28-NOV-2022	5	60084707	84051690
508533	LORBENIL TAB C/10 500 MG	2	206086	30-JUN-2024		109891414	28-NOV-2022	5	60084707	84051690
509979	PABESORAG TAB C/28 150/12.5 MG	2	B10192	30-SEP-2024		109891414	28-NOV-2022	5	60084707	84051690
500084	TRIBEDOCE DX SOL INY C/3	4	2080764	23-AGO-2024		109891417	28-NOV-2022	5	60084708	84051691
507810	GELMGIN CRE C/40 GR	1	22341320	31-OCT-2024		109891418	28-NOV-2022	5	60084709	84051692
507810	GELMGIN CRE C/40 GR	5	22341339	31-OCT-2024		109891418	28-NOV-2022	5	60084709	84051692

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS 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: *Ma Consuelo Castillo Flores*

Fecha: 05-DIC-2022

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

--

Validado por:

Firma

Fecha