

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 90 Razon social: FARMACIAS G.I.S.A DE C.V Establecimiento: HUIXQUILUCAN  
 Contacto: MARCO ANTONIO ARCE ORDOÑEZ Telefono: \_\_\_\_\_ Caja: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: 16-mar-23

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
507830	CEFTRIAXONA IM SOL INY C/1 1 GR	1	301033	01/07/2024	109917109	F-00918934	06.03.2023	5	60085719	84052171
508238	BIBERON DECORADO ROSA C/4 OZ	2	170315	31/12/2027	109917117	F-00918942	06.03.2023	5	60085724	84052172
506353	PUNAB TAB C/30 50 MG	1	220735	31/07/2024	109917110	F-00918935	06.03.2023	5	60085726	84052173
500082	TRIBEDOCE CTO SOL INY C/3	1	2121365	18/12/2024	109917112	F-00918937	06.03.2023	5	60085727	84052174

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

¿Se autoriza la devolución? Si:  No: \_\_\_\_\_  
 Ejecutivo que autoriza: Maria Guadalupe Sanchez. Firma: [Firma]  
 Fecha: 20-Abr-2023

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

\_\_\_\_\_

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