

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 _____ 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: _____