

**SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE**



1. **DATOS DEL CLIENTE** para llenar por el cliente

Numero de cliente: 169 Razón social: \_\_\_\_\_ Establecimiento: \_\_\_\_\_ **CDMX**

Contacto: Hector Sanchez Camacho Teléfono: \_\_\_\_\_ 55-57-50-07-45 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 31-MAY-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
511594	TUSILEN AD JBE C/118 ML	4	24134005	28-FEB-2026		2000021576	25-ABR-2024	5	60090911	84054993
511590	GERIAL B12 ELIXIR C/940 ML	1	24113003	28-FEB-2026		2000021576	25-ABR-2024	5	60090911	84054993

\*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:

Ejecutivo que autoriza: **VIOLETA CALDERON** Firma:

Fecha: 31-MAY-2024 Local: \_\_\_\_\_ Foraneo: \_\_\_\_\_ Importe de la Devolución: \_\_\_\_\_ Nota: Importe de \$3,000.00 Foraneas con transporte externo NO genera Devolucion.

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

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