

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 346 Razon social: America Hernandez ENLACE Y DISTRIBUCION Establecimiento: _____
 Contacto: _____ Telefono: 777 299 1995 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 19-oct-23

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 distribucion

CLAVE BRUDIFARMA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 600	# FOLIO 84
508344	GENTAMICINA SOL INY C/1 160MG/2ML	1	B23F531	28-feb-25		109972772	16-oct-23	5	60088101	84053302
508775	CALCIPLUS 600 TAB C/60	1	2010723	31-Jul-25		109972761	16-oct-23	5	60088102	84053503
500273	MECLISON TAB C/20 25/50 MG	1	23072801	31-Jul-26		109972761	16-oct-23	5	60088102	84053503

*Insertar tantas lineas 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: MA. CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: MA Consuelo Castillo Flores
 Fecha: 19-OCT-2023 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: _____