

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Número de cliente: 1103 Razón social: GLORIA LACAYO OLIVELLA Establecimiento: _____
 Contacto: Gloria Lacayo Teléfono: 55-27-59-62-10 Cata: 1 de 1 Fecha de solicitud: 19-mar-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
504177	MESELDAZOL TAB C/20 500 MG	5	S12321	30-SEP-2025		2000011680	14-MAR-2024	5	60089990	84054509

*Insertar tantas líneas como sea necesario

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

¿Se autoriza la devolución?: Si: No: Ejecutivo que autoriza: VIOLETA CALDERON Firma: [Firma]
 Fecha: 19-MAR-2024 Local: _____ Foraneo: _____ Importe de la Devolución: _____ Nota: Importe de \$3.000,00 Foraneas con transporte externo NO genera Devolución.

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

Validado por: _____

Firma _____

Fecha _____