

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 531 Razón social: COMERCIAL G.F.C. Establecimiento: _____

Contacto: EDGAR QUEZADA BRIONES Teléfono: 55-53-21-49-70 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 27-ABR-2023

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. 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
500082	TRIBEDOCE CTO SOL INY C/3	1	3020159	08-FEB-2025		109929496	24-ABR-2023	5	60085952	84052274
502989	BRULIN SOL INY C/3 8 MG	2	3020134	02-FEB-2025		109929501	24-ABR-2023	5	60085953	84052275
502363	PURIBEL TAB C/20 300 MG	4	301179	13-FEB-2025		109929504	24-ABR-2023	5	60085954	84052276

INSERTAR TANTAS LINEAS COMOS SEA NECESARIO

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

¿Se autoriza la devolución?: SI NO

Ejecutivo que autoriza: MA CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: Ma Consuelo Castillo Flores

Fecha: 27-ABR-2023

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____