

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 25 Razón social: JULIO MARTINEZ Establecimiento: DISTRIBUIDORA SEVI
 Contacto: 81-84-53-38-10 Teléfono: 81-84-53-38-10 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 29-nov-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 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
505049	TRIBEDOCE KIDS SUS CIZ40 ML	2400	TR1250923005	30-sep-25		109983139	24-nov-24	2	60088587	84053787

*Inserir 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: 

Fecha: 29-NOV-2023 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 _____