

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Número de cliente: 165 Razón social: PROVEEDORA FARMACEUTICA RASE Establecimiento: _____
 Contacto: MIGUEL WJARCO COTA Teléfono: 81 8311 1103 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 25-ENE-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
500036	BRULIN SOL INY C/1 8 MG	4	3080939	29-ago-25		109996170	19-ene-24	5	60089225	84054096
507849	CELESBITAN SOL INY C/1 8 MG/2 ML	27	3121256	08-dic-25		109996170	19-ene-24	5	60089225	84054096
508382	AMIXBRU SUS C/50 ML	3	307812	31-ago-25		109996172	19-ene-24	5	60089226	84054097
500067	OXOLBRUL INF SOL C/120 ML	7	3111209	27-nov-25		109996171	19-ene-24	5	60089227	84054098

*Insertar tantas líneas como sea necesario

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

¿Se autoriza la devolución?: SI No
 Fecha: 25-ENE-2024 Local: _____ Foraneo: _____ Importe de la Devolución: \$347.00
 Ejecutivo que autoriza: VIOLETA CALDERON Firma: [Firma]
 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: _____