

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. **DATOS DEL CLIENTE** para llenar por el cliente

Numero de cliente: 1278 Razon social: EQUIFARMA Establecimiento: VILLAHERMOSA

Contacto: ING. LIZETH GONZALEZ BARAHONA Telefono: 993 383 9606 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 10-Jul-23

2. **MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN** para llenar por el cliente y ejecutivo de ventas

	1. Derivado de almácén	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 DEVOLUCIÓN	# FOLIO 600	# FOLIO 84
500093	CILCID TAB C/20 5 MG	100	205997	30-abr-24		109946272	05-Jul-23	4	60086886	84052684

*Insertar tantas lineas como 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: 10-JUL-2023 Local: _____ Foraneo: Importe de la Devolución: \$580 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 _____