

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 1278 Razon social: EQUIFARMA MEDICAL SOLUTIONS Establecimiento: _____
 Contacto: Ing. Lizeth Gonzalez Teléfono: 993 131 8860 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 14-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 BRUDI FARMIA (CODIGO SAP)	MATERIAL NOMBRE Y PRESENTACION	CANTIDAD EN PIEZAS	LOTE	CADUCIDAD	NO. FACTURA FISCAL	NO. FACTURA INTERNA SAP	FECHA DE FACTURA	MOTIVO DE DEVOLUCION	# FOLIO 800	# FOLIO 84
5056919	METRONIDAZOL/MICONAZOL OVUCIT	56	R2302862	31-mar-25	109977675	109977675	03-nov-23	2	60088397	84053664
500863	REGUSAN TAB C/50 5 MG	150	710722	31-dic-25	109977675	109977675	03-nov-23	2	60088397	84053664
512223	F-EXINA TAB C/20 20 MG	100	190143	30-jun-25	109977675	109977675	03-nov-23	2	60088397	84053664
500785	MASFEROL TAB C/10 500/25/5/4 MG	15	221160	30-nov-24	109977675	109977675	03-nov-23	2	60088397	84053664
501429	LONXER TAB C/10 250 MG	5	231063	31-jul-25	109977675	109977675	03-nov-23	2	60088397	84053664
506991	CLORTALIDONA 50 MG C/20 TAB	10	SDN121B	30-abr-25	109977675	109977675	03-nov-23	2	60088397	84053664

*Insertar tantas lineas como sea necesario

3. AUTORIZACION DE LA DEVOLUCION para llenar por el Ejecutivo de ventas

¿Se autoriza la devolución?: Si No
 Fecha: 14-NOV-2023 Local: _____ Foraneo: _____ Importe de la Devolución: \$9,687.82 Nota: Importe de \$3,000.00 Foraneas con transporte externo NO genera Devolución.
 Ejecutivo que autoriza: MA. CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: *Ma Consuelo Castillo Flores*

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

Validado por: _____ Firma: _____ Fecha: _____