

## SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

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

Número de cliente: 147

Razón social: Alberto Rodríguez Rodríguez

Establecimiento: Francisco Sarabia 70, Col. José Cardel, Xalapa, Veracruz

Caja: 1

de 1 Fecha de solicitud: 31/10/2023

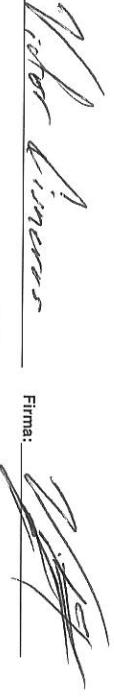
**2. MOTIVOS DE DEVOLUCIÓN** para llenar por el cliente y ejecutivo de ventas

1. Derivado de almacén    2. Captura en ventas    3. Control de calidad    4. Caducidad    5. Producto maltratado    6. Retiro de Mercado (Recall)    7. Captura de cliente    8. Derivado de distribución

CLAVE BRUDIFARMA (CÓDIGO 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
508268	OLANZAPINA TAB C/14 5 MG	40	U221467	30.06.2024	109974987	109974987	24/10/2023	4		
506165	MONTELUKAST TAB C/20 10 MG	40	U221373	31.10.2024	109974987	109974987	24/10/2023	4	60088277	84053595
506944	VICK VAPORUB UNG C/50 GR	30	23084354M1	30.09.2024	109974999	109974999	24/10/2023	4	60088278	84053596
507168	NIKEON TAB MAS C/40	10	3164019303	31.05.2025	109974985	109974985	24/10/2023	7	60088279	84053597

\*Insertar 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: Victor Jimenez      Firma: 

Fecha: 01-10-2023 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: