

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Número de cliente: 1103 Razón social: GLORIA LACAYO OLIVELLA Establecimiento: SURTIFARMA TOLLOCAN
 Contacto: Gloria Lacayo Teléfono: 55-27-59-62-10 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 20-JUNIO-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
508334	SAL DE UVAS PICOT SOB C/10	1	DE02	30-sep-2026		2000030289	06-jun-2024	5	60091161	84055123

*Insertar tantas líneas como sea necesario

¿Se autoriza la devolución?: Si: No: Ejecutivo que autoriza: **VIOLETA CALDERON** Firma:
 Fecha: 20-JUN-2024 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: _____