

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: _____