

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE

1. DATOS DEL CLIENTE para llenar por el cliente

Numero de cliente: 25 Razón social: _____ Establecimiento: _____
 Contacto: Julio Martinez Teléfono: 81-16-90-52-60 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 14-mar-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
500093	CILLOCID TAB C/20 5 MG	2205	207251	30-Jun-2024		2000010024	08-mar-2024	4	60089980	84054499

*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: **VIOLETA CALDERON** Firma: 

Fecha: 14-MAR-2024 Local: _____ Foraneo: Importe de la Devolución: \$14,112 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 _____