

**SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN DE PRODUCTO DEL CLIENTE**

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

Numero de cliente: 346 Razón social: AMERICA HERNANDEZ Establecimiento: \_\_\_\_\_  
 Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: 777-299-1995 Caja: 1 de 1 Fecha de solicitud: 20-JUN-2022

**ENLACE Y DISTRIBUCION**

**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. 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
507644	QUIMAFRON SUS 140 DOSIS C/18 ML	340	21K120	30-NOV-2022	109730092	109730092	21-FEB-2022	6	60033162	84050861

INSERTAR TANTAS LINEAS COMO SEA NECESARIO

**3. AUTORIZACIÓN DE LA DEVOLUCIÓN** para llenar por el Ejecutivo de ventas

¿Se autoriza la devolución?: Si  No   
 Ejecutivo que autoriza: MA. CONSUELO CASTILLO FLORES Firma: M<sup>a</sup> Consuelo Castillo Flores  
 Fecha: 20-JUN-2022

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

Validado por: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_