

GESTIÓN COMERCIAL FARMACIAS	GCM-FT-26 VERSIÓN 01
FORMATO DEVOLUCIONES	

SERVICIO FARMACÉUTICO RESPONSABLE FECHA 30/07/2015 CANTIDAD % CUMPLIMIENTO DEVOLUCIÓN CANTIDAD ITEMS DEVUELTOS 14% ITEMS SOLICITADOS Las celdas de color ROSA CLARO es la información solicitada por el delegado a devolver, las celdas de color AZUL CLARO, corresponde a la retroalimetnación que deben realizar las farmacias. CANTIDAD A DEVOLVER NUMERO FECHA VENCIMIENTO MOTIVO DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO CÓDIGO (PRINCIPIO ACTIVO - CONCENTRACIÓN -FORMA FARMACÉUTICA) LABORATORIO LOTE DE OBSERVACIÓN DEVOLUCIÓN DÍA AÑO MES GR FV NR

En la casilla "Motivo" deberá seleccionar con una "X" si la devolución se debe a: GR (Solicitud Gerencia), FV (Fecha de Vencimiento Corta) ó NR (Nula Rotación)

FECHA DE VIGENCIA: 14 DE JULIO 2015

1 de 1