



**COOPERATIVA DE HOSPITALES Y ORGANISMOS DE SALUD DE SANTANDER - COHOSAN -  
FORMATO SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN INSUMOS HOSPITALARIOS**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**CLIENTE:** \_\_\_\_\_

Cordialmente solicitamos analizar la devolución de los siguiente-s productos:

**MOTIVO DE LA DEVOLUCIÓN**

PRODUCTO MAL SOLICITADO POR EL CLIENTE  PRODUCTO MAL FACTURADO POR COHOSAN   
PRODUCTO MAL DESPACHADO  PRODUCTO CON DEFECTO DE CALIDAD   
PRODUCTO DETERIORADO

DESCRIPCIÓN	CANT.	FECHA VENC.	LOTE	Nº. FACTURA COMPRA	FECHA COMPRA	VR UNITARIO

**OBSERVACIONES:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsable de farmacia y/o Almacén  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Gerente y/o Director de la Institución.

**PARA USO EXCLUSIVO DE COHOSAN**

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se autoriza el envío del Insumo por parte del Cliente SI \_\_\_ NO \_\_\_ Fecha de notificación. \_\_\_\_\_

Nombre de quien autoriza: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Concepto Técnico.**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**EL PRODUCTO SE RECIBIRA MAXIMO 5 DIAS HABLES DESPUES DE AUTORIZADA LA DEVOLUCION SOLO EN SU EMPAQUE ORIGINAL O BLISTER COMPLETO, DE ACUERDO A SU CONDICIÓN DE VENTA**