SOLICITUD DE CODIFICACIÓN DE PRODUCTOS Y OBSEQUIOS NUEVOS

Coopidrogas

Señor Proveedor: Favor NO diligenciar las casillas que se encuentran en color gris, estas son de uso exclusivo de COOPIDROGAS.

FECHA DE SOLICITUD: DIA: ___ MES: ___ ANO: ____

COMERCIAL ☐ NORMAL ☐ OBSEQUIO	**RAMO** ☐ FARMACEUTICOS ☐ POPULARES ☐ CONVENIOS ☐ CONSUMO	**TIPO** ☐ ETICOS ☐ KIT VIRTUAL ☐ CIGARRILLOS Y LICORES ☐ POPULARES ☐ OBSEQUIOS Y PREMIOS ☐ CONVENIOS

NOMBRE COMERCIAL

NOMBRE GENERICO

CODIFICACION POR: ☐ PRODUCTO ☐ LOTE **N°**

NUMERO DE REGISTRO DEL INVIMA

PRESENTACION DE EMBALAJE *(unidades selladas por caja proveedor)*

FECHA DEL REGISTRO SANITARIO

CUM *(Código Unico de Medicamento)*

UNIDAD DE MEDIDA BASE

☐ AMPOLLA ☐ BOLSA ☐ CAJA ☐ FRASCO ☐ DISPLAY ☐ KIT ☐ OFERTA ☐ PACA ☐ PAQUETE ☐ POTE ☐ PREPACK ☐ TARRO ☐ TUBO ☐ UNIDAD

DIMENSIONES DEL PRODUCTO EN (mm)

ANCHO- DIAMETRO

PESO (gramos)

LARGO

ALTO

SEDE: ☐ PRINCIPAL ☐ CALI ☐ M/LLIN ☐ PEREIRA ☐ B/MANGA ☐ B/QUILLA ☐ TODAS

GRABADO CON IVA SI ☐ EXCLUIDO ☐ % IVA ____ NO ☐ EXENTO ☐

% IMPOCONSUMO (licor, cigarrillos) ____

CODIGO ARANCELARIO

VoBo DIRECTOR /ANALISTA IMPUESTOS

CÓDIGO DE BARRAS DEL PRODUCTO

CÓDIGO DE BARRAS EMBALAJE EDI (SELLADAS)

PROVEEDOR

DIVISON

PRECIO DE LISTA(Neto COOPIDROGAS sin incluir dto. Pronto pago)

DESCUENTO POR INDUCCIÓN (PLAZO MÍN. 60 DIAS) (docena de 14, porcentaje p.f. etc)

USO EXCLUSIVO DE COOPIDROGAS

CODIGO DE COOPIDROGAS

DIRECTOR

CODIFICADO POR:

FECHA DE CODIFICACION DIA MES AÑO

OBSERVACIONES

SEÑOR PROVEEDOR : Todos los datos que usted registre deben estar correctamente diligenciados, esto garantizará el correcto manejo de la información. No olvide que todos los campos son obligatorios y la ausencia de un dato NO permitirá la codificación del producto,