INFORME DE SUPERVISIÓN No. 003 DEL CONTRATO No.236 DEL 2025 DEL 31 DE JULIO DE 2025, CON OTRO SI N°1 DEL 5 DE SEPTIEMBRE DEL 2025, CON OTRO SI N° 2 DEL 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2025; SUSCRITO ENTRE EL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. Y MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS.

1. DATOS GENERALES

No. De proceso	HSLV-CD-234-2025
Contrato N°:	236-2025
Término:	La duración del contrato será a partir de la suscripción del acta de inicio hasta el 7 de septiembre de 2025
Fecha Acta de Inicio (dd/mm/aaaa):	01 de agosto del 2025
Fecha de Finalización (dd/mm/aaaa):	28 de octubre del 2025
Valor Inicial	**$ 200.000.000**
Otro si N° 1	MODIFICATORIO CLAUSULA NOVENA-PLAZO: HASTA EL 26 DE SEPTIEMBRE DEL 2025.
Otro si N° 2	VALOR: $100.000.000 PLAZO : 28 DE OCTUBRE DE 2025
Contratista:	**MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS**
NIT o Cedula de Ciudadanía	900505622-4
Objeto del Contrato:	Suministro de insumos de asepsia para las áreas asistenciales y administrativas del Hospital Susana López de Valencia. E.S.E..
Forma de pago:	El hospital pagara al contratista el valor del objeto del contrato en pagos parciales, previa presentación de las respectivas facturas y verificación de los pagos de aportes relativos al sistema de seguridad social integral, así como los parafiscales (SENA, ICBF, CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR, ETC) y certificación por parte del supervisor asignado. A la orden del pago se le realizaran los descuentos de ley y el valor neto obtenido se pagara mediante los tramites administrativos establecidos por el hospital según procedimiento interno de pago de cuentas.
No. Fecha Disponibilidad Presupuestal	N°331 del 1 de julio de 2025 del contrato N° 452 del 23 de septiembre de 2025 Otros SI N°2
No. Registro presupuestal	N°804 del 31 de julio de 2025 N° 995 del 26 de septiembre de 2025
Supervisor:	Esta actividad estará a cargo del Médico Especialista German Jair Ardila Muñoz con apoyo que se designe, o quienes hagan sus veces, los cuales podrán ser ubicados en las instalaciones del Hospital Susana López de Valencia.
Período a que corresponde el informe	**DESDE**: **NO APLICA** — **HASTA**: **NO APLICA**
Fecha aprobación de la Garantía (SECOP II).	01 de agosto del 2025 30 de septiembre del 2025

2. SEGURIDAD SOCIAL

PAGO SEGURIDAD SOCIAL (PERSONA JURIDICA)			
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (IBC 40%)		PERIODO COTIZADO	10/2025
EPS		VALOR PAGADO	
ARL		VALOR PAGADO	
AFP		VALOR PAGADO	
VALOR TOTAL PLANILLA		PLANILLA No.	34974471
CERTIFICACIÓN DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	ASOPAGOS S.A. 07 de octubre del 2025		

3. SEGUIMIENTO FINANCIERO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$200.000.000.00
OTRO SI N°2	$100.000.000,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$300.000.000.00
VALOR EJECUTADO	$299.978.497,00
VALOR A PAGAR SEGÚN INFORME	$99.996.423,00
SALDO A EJECUTAR	$21.503,00

4. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA AL PERIODO DE REPORTE:

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES REALIZADAS	SOPORTE
El contratista se compromete con el Hospital Susana López de Valencia E.S,E, a suministrar los productos relacionados en las especificaciones técnicas y a cumplir con las siguientes condiciones: **a)** los elementos deben ser entregados en las instalaciones del hospital debidamente facturados especificando especificando en la factura la siguiente información: número de lote de fabricación, fecha de vencimiento, registro Invima, laboratorio, valor unitario. La descripción de los productos debe corresponder a la incluida en las especificaciones técnicas del presente proceso. **b)**. El tiempo de entrega de los productos a suministrar será hasta las veinticuatro (24) horas contadas a partir de las solicitud realizada por el supervisor, en las instalaciones del Hospital	Entrega de dispositivos médicos de acuerdo a las obligaciones del contratista	Acta de recepción técnica de productos farmacéuticos

Susana López de Valencia ESE. **c).** En caso de presentarse desabastecimiento de algún producto contratado, el contratista deberá notificar las alternativas que puedan reemplazar dicho producto, el cual será aprobado por el Hospital. **d)** Las fechas de vencimiento de los dispositivos médicos de uso humano requeridos por el hospital no podrán ser inferiores al 50% de la vida útil del dispositivo medico entregado, cuando no se cumpla este criterio el proveedor deberá entregar carta de compromiso para su devolución y reposición hasta el ultimo día de vencimiento. **e)** Los elementos entregados deben corresponder a la misma presentación o concentración, que sea solicitada y al mismo laboratorio el cual fue contratado, si se hace entrega de elementos en presentación, concentración o laboratorio diferente al contratado y solicitado sera causa de reporte de inconformidad en la ejecución del contrato por parte del supervisor. **f)** Los productos que presenten no conformidades por calidad del producto o devueltos por fecha de vencimiento, entre otras cosas deben ser reemplazados por el proveedor o cambiados de acuerdo al requerimiento del área dentro de las 48 horas hábiles siguientes a la entrega del dispositivo medico. Presentar factura con el lleno de requisitos de acuerdo a la normatividad vigente o a lo exigido por el tramite interno del hospital. **g)** Todos los producto entregados deben estar garantizados y mantener las características de calidad, efectividad terapéutica, durante el periodo de vida útil, adjuntando los registros invima y fichas técnicas de ser pertinente. **h)** No ceder ni subcontratar los insumos objetos del presente contrato con persona natural o jurídica alguna, sin que medie previa autorización expresa y por escrito por parte de EL HOSPITAL **i)** El contratista entregara los equipos de comodato en calidad de comodato, una vez se legalice el contrato. **J)** Mantener en optimo funcionamiento los equipos en comodato durante el termino de contrato **k)** Entregar al área de almacén las fichas técnicas del comodato para generar un ciclo de vida si se presentarse defectos o desperfectos en el contratista deberá cambiarlo sin costo alguno. **l)** informar por escrito en caso de desabastecimiento que pueda llevar a la no disponibilidad de los productos contratados y adjuntar carta backoder de desabastecimiento del laboratorio/soporte **m)** Dar soporte a los dispensadores entregados en comodato teniendo en cuenta la verificación de las medidas de dispensador y pilas que requiera el producto, si se presentarse defectos o desperfectos por parte del dispensador el contratista deberá cambiarlo sin costo alguno a la institución **n)** El hospital goza de total autonomía de adicionar elementos excepcionalmente que no estén contemplados en el presente contrato pero que guarden relación con el presente objeto contractual, para lo cual el CONTRATISTA se obliga a suministrarlo dentro de los TRES (3) dias habiles siguientes a la solicitud subscrita por el supervisor y el subdirector científico, en las cantidades que se hayan determinado, para efectos de establecer el precio se realizará revisión de las cotizaciones adquiridas de los proveedores con los cuales se tiene contrato en el momento de		N.º246 del 7/10/2025

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500879 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

la necesidad dejando claridad que si el elemento es de control especial o ha sido objeto de regulación por parte del gobierno nacional se dará aplicación a lo estipulado por la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos o normas vigentes sobre la materia, en especial a lo que se refiere sobre precio de venta. O) El contratista se compromete a colaborar con el sistema de gestión ambiental para cumplir con los lineamientos y programas establecidos dentro de la política institucional en gestiones ambientales establecidas en ISO 14001.		

5. OBSERVACIONES ADICIONALES:

6. DOCUMENTOS ANEXOS:

DOCUMENTOS ANEXOS	No. FOLIOS, CD'S, DVD'S
Comprobantes de entrada, factura, acta de recepción técnica, planilla de seguridad y parafiscales	5

7. DOCUMENTOS QUE SE VERIFICAN PARA EL PAGO:

N.º COMPROBANTE DE ENTRADA	FECHA DE COMPROBANTE	VALOR DEL COMPROBANTE	N.º FACTURA	FECHA FACTURA	VALOR FACTURA
AI000000001279	08/10/2025	$99.996.423,00	FEMD20	07/10/2025	$99.996.423,00

8.CERTIFICACION DE PAGO:

El suscrito supervisor del contrato certifica que el contratista cumplió a satisfacción las obligaciones contractuales por lo tanto procede el pago correspondiente al periodo certificado.

Se han autorizado pagos por valor de:

PERIODO AUTORIZADO		VALOR
DESDE	HASTA	$99.996.423,00
NO APLICA	NO APLICA	

El anterior informe se firma a los 28 días del mes de octubre del 2025.

GERMAN JAIR ARDILA MUÑOZ
Cc: 10.537.688
Supervisor del contrato

SILVIA ELENA ESPITIA VERGARA
Cc: 45.529.414
Suplente director técnico del servicio de farmacia

Proyectó: Nury Estefany Chilito Orbes-afiliada participe-ASIES
Revisó: Alicia Angulo- afiliada participe- ASIES
Aprobó: German Jair Ardila Muñoz - Médico Especialista

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. **USUARIO** 512

COMPROBANTE ENTRADA
NºAI000000001279

PROVEEDOR: MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS **NIT:** 900505622 **FECHA:** 08/10/2025 03:38 p. m.
CIUDAD: POPAYAN (CAUCA) **ESTADO:** Confirmado
DIRECCION: CARRERA 6 C 35 N 98 **MONEDA:** Pesos
TELEFONO: 3044817879 **TASA CAM:** 0,00
Nº FACTURA: FEMD20 **% ICA:** 6,0000 **PLAZO:** 30 **FECHA FAC:** 07/10/2025 12:00 a. m.

CODIGO	NOMBRE	PRESENTACION	CANTIDAD	VALOR/U	SUBTOTAL	%DTO	%IVA
DMW0000005	ALCOHOL ETILICO Y GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 2 POR CIENTO BOLSA 30ML WESCOHEX 270	BOLSA	5.000,00	$ 7.416,00	$ 37.080.000,00	0,00	0,00
D08AX080100	ALCOHOL ANTISEPTICO DE 70 G x 120 ML	FRASCO X 120 ML	30,00	$ 3.937,00	$ 118.110,00	0,00	0,00
DMW0000002	GLUCONATO DE CLORHEXIDINA AL 2% JABON BOLSA 30ML-WESCOHEX	BOLSA	4.965,00	$ 9.763,00	$ 48.473.295,00	0,00	0,00
DMH0000026	HISOPO LUMINOMETRÍA DE AREAS Y SUPERFICIES ULTRASNAP-HYGIENA	UNIDAD	175,00	$ 68.787,60	$ 12.037.830,00	0,00	19,00

CONCEPTO DE RETENCION	%	Vlr. Base	Vlr. Retenido
PROELECTRIFICACION	2,0000	97709235,0000	1954185,0000
PRODESARROLLO	2,0000	97709235,0000	1954185,0000
TASA PRODEPORTES	1,5000	97709235,0000	1465639,0000
PRO ADULTO MAYOR	3,0000	97709235,0000	2931277,0000
PRO UNIVERSIDAD DEL CAUCA	1,0000	97709235,0000	977092,0000
PRO CULTURA	0,5000	97709235,0000	488546,0000

DETALLE

CONTRATO 236-2025

SUBTOTAL:	$ 97.709.235,00
DESCUENTO:	$ 0,00
IMPUESTO:	$ 2.287.188,00
FLETES:	$ 0,00
IMP FLETES:	$ 0,00
RETE IVA:	$ 343.078,00
RETE ICA:	$ 586.255,00
RETE FUENTE:	$ 2.442.731,00
OTRAS RETE:	$ 9.770.924,00
OTRAS DEDUC:	$ 0,00
IMP DISTRI:	$ 0,00
AJUSTE RED:	$ 0,00
AJUSTE AL TOTAL:	$ 0,00
TOTAL COMPR:	$ 86.853.435,00

TOTAL COMPROBANTE:

OCHENTA Y SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

COMPROBANTE ENTRADA

Dolima Sánchez S
OPERARIO CON FUNCIONES DE AUXILIAR DE BODEGA, SECRETARIO EJECUTIVO O QUIEN HAGA SUS VECES

Sergio Velasco Angel
PROFESIONAL UNIVERSITARIO SUMINISTROS Y ACTIVOS FIJOS

U CREACION: 512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

U CONFIRMA:512 - NURY ESTEFANY CHILITO ORBES

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS
NIT: 900505622-4
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas –IVA
Persona Jurídica
cra 6c #35N-98, Popayán, Cauca, Colombia
Tel. 3044817879
Email. medifarmadecolombiasas@gmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764070264672 válida desde 2024-05-06 hasta 2026-05-06 rango desde FEMD-1 hasta FEMD-50.

Nombre o Razón Social:	HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT :	891501676
Dirección:	
Teléfono:	6028211721
Email:	faseelectronica@hosusana.gov.co
Forma de Pago:	Contado
Medio de Pago:	Efectivo
Fecha de Pago:	07/01/2026
Total de Lineas:	4

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FEMD - 20**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**16:05:50-05:00**
FECHA FIRMADO:	**07/10/2025 16:05:53**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
07	10	2025	07	01	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	221	ALCOHOL ANTISEPTICO 70G X 120ML Lote: 8160 Rs: 2020M-0009828-R2 Fv: 09/2027 Lab: Osa	94	30,00	$3.937,00				0,00	$118.110,00
2	116	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML Lote: 250113504 Rs: 2021M-0016758-R1 Fv: 02/2027 Lab:Electroquimica west	94	4.965,00	$9.763,00				0,00	$48.473.295,00
3	225	HISOPOS PARA LUMINOMETRÍA DE ÁREAS Y SUPERFICIES: INSUMO NECESARIO PARA LA DESINFECCION DE EQUIPOS Y ÁREAS Lote: 80125 Rs: No requiere Fv: 08/2026 Lab: Hygiene	94	7,00	$1.719.690,00	IVA	19%	$2.287.188,00	0,00	$12.037.830,00
4	117	SOLUCION ANTISEPTICA CLORHEXIDINA AL 2% Y ALCOHOL30ML Lote: 250113282 Rs: 2019M-0013544-R1 Fv: 07/2027 Lab: Electroquimica west	94	5.000,00	$7.416,00				0,00	$37.080.000,00

Notas:

SON: (noventa y nueve millones novecientos noventa y seis mil cuatrocientos veintitres pesos)
CUFE: d0977a276d2a7c5deb01444829516072edd2ef6a52ac4370a853aff2aa65aeff67b9716fddb7861c66559f637128d412

Subtotal:	$97.709.235,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
IVA:	$2.287.188,00
Total:	$99.996.423,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
IMPUESTOS			
01 IVA	$12.037.830,00	19,00%	$2.287.188,00

Nury Estefany Chilito Orbes
HOSPITAL Suministros y Activos
7-10-2025
4PM.

Firma Digital: bMDaWiVjB/NLVO59Uvxrr84Q0XPWcYtSHD0VIHVscDgSALnl/RYzMnGc6k7kTCkL
c6SAAB+iTKo8RBiuQ4NNC+Qb4NbgKhv8zahoNxZMsxVT33yLR8
mghsIFE3xME9qt Jeg89WOq1ntSSVuRpEZqbW3l9z25BII50ecleEkOvlcV5tixLm8UWqKtCYDbecr8 p0UTJCIA5LImss3ZSGqyQWDFTjEYBqKzfhd
+cFbQu/qYYw0XnGTk2HTkd3ce3GEu sNG6/rRHOjr8x4X5tMUAAc78ZwTfsdTQ4YHq3izKCHZvgG137SUW1q+2xVqM3GCH utnPXvilOqjm/dSZOKGG
qg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

PLATAFORMA: Facturatech Nit. 901.143.311-8

facturatech

Hospital Susana López de Valencia E.S.E.
Nit. 891.501.676-1

ACTA Nº	DIA	MES	AÑO
246	7	10	2025

SLV-AF-05-F01
Version 2

Proveedor: MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS
HORA 2PM
Factura Nº: FEMD20
Factura Vigente hasta: 7/1/2026

No.	Descripción del producto (Nombre del medicamento (DCI + concentración+ forma farmacéutica) / Nombre del Dispositivo médico + marca o serie)	Presentacion comercial	Registro Sanitario INVIMA	Laboratorio Fabricante	Lote	Vida Util dias	Fecha de vencimiento	Cantidad recibida	Cantidad solicitada	Muestra a verificar	Registrar C si "cumple"/ NC si "no cumple"/ N/A si " no aplica"			
											Registro sanitario vigente	Condiciones de trasporte, manipulación	Inspección visual	Empaque (primario y secundario)
1	ALCOHOL ANTISEPTICO 70G *120ML	UNIDAD	2020DM-0009828-R2	OSA	8160	722	9/30/2027	30	30	80	C	C	C	C
2	JABON CLORHEXIDINA AL 2% X 30ML	UNIDAD	2021M-0016758-R1	ELECTOQUIMICA WEST	250113504	508	2/28/2027	4965	4965	2	C	C	C	C
3	HISOPOS PARA LUMINOMETRIA DE AREAS Y SUPERFICIES	UNIDAD	NO REQUIERE	HYGIENA	80125	326	8/30/2026	7	7	80	C	C	C	C
4	SOLUCION ANTISEPTICA CLORHEXIDINA AL 2% Y ALCOHOL 30ML	UNIDAD	2019M-0013544-R1	ELECTOQUIMICA WEST	250113282	660	7/30/2027	5000	5000	2	C	C	C	C

ELABORADO POR: NOHELIA TO.

Firma
Regente encargado de recepcion

VERIFICADO POR:

Firma
Quimico Farmaceutico

MEDIFARMA
de Colombia S.A.S

Popayan, 8 de octubre del 2025

CARTA ACLARATORIA

Señores: **HOSPITAL SUSANA DE VALENCIA**

La empresa **MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS** con NIT: 900505622-4, representada legalmente por la sra ADELAIDA CAMPO con cedula de ciudadanía No 1.061.794.808, por medio del presente notifica lo siguiente.

Solicitamos disculpas por error en la digitación de la factura No FEMD-20, del contrato No 236 del 2025, objeto: **SUMINISTRO DE INSUMOS DE ASEPSIA PARA LAS AREAS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVAS DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E,** donde en el item

3. HISOPOS PARA LUMINOMETRÍA DE ÁREAS Y SUPERFICIES: INSUMO NECESARIO PARA LA DESINFECCION DE EQUIPOS Y ÁREAS, quedo diligenciado con marca de laboratorio HYGIENE, Reiteramos que la marca es HYGIENA.

Muchas gracias

Cordialmente,

Adelaida Campo

ADELAIDA CAMPO
Representante legal

Celular: 304 481 7879
Email: medifarmadecolombiasas@gmail.com

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con NI-900505622 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-09	230301	800224808	PORVENIR	1	0	227.800	0	227.800
Período salud:	2025-10	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	57.000	0	57.000
Planilla Nro.:	34974471 Tipo E	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	7.500	0	7.500
Clase de aportante:	B	CCF14	891500182	COMFACAUCA	1	0	57.000	0	57.000
Fecha transacción:	2025-10-07	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1835634283	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 349.300

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MEDIFARMA DE COLOMBIA SAS
IDENTIFICACIÓN:	NI-900505622
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-10-07
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-07
FECHA DE PAGO:	2025-10-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	34974471
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34974471
TIPO DE PLANILLA:	E

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 57.000
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 57.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500	$ 7.500
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.500	$ 7.500
CCF14	891500182	COMFACAUCA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 57.000
Subtotal CCF		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.000	$ 57.000
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 349.300	$ 349.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/11/2025