Fecha de diligenciamiento
8/4/2026

Año SMMLV	Salario mínimo mensual vigente	Valor UVT 2026
2026	$ 1.750.905	$ 52.374

CONVENCIONES DILIGENCIAMIENTO FORMATO			
Campo a diligenciar si así se requiere	Campo restringido, no diligenciar	Campo formulado, no diligenciar	Campo de obligatorio diligenciamiento

DATOS PERSONALES

Tipo de identificación	Número de identificación	Dígito de verificación	Ciudad de expedición	Nombres y apellidos	Dirección	Ciudad	Teléfono	Responsable de IVA	Cotiza a Pensión
CC	5.829.388	1	Ibagué	FERNANDO LARGACHA TORRES	Cra 5a#112-12	Bogotá	3113668187	SI	SI

INFORMACIÓN CONTRACTUAL

# Contrato	Fecha del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Objeto de Contrato	VALOR INICIAL CONTRATO	ADICIÓN
020 DEL 25 DE ENERO DE 2026	25/1/2026	26/1/2026	25/7/2026	OJ- 004 -PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS DE MANERA INDEPENDIENTE, CON PLENA AUTON	$ 71.766.630	$ -

CONTROL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL Y CONTRACTUAL DEL CONTRATO

Periodo a radicar	No. Desembolso	Fecha Inicial actividades	Fecha final de actividades	Días de ejecución	EJECUCIÓN MENSUAL	SALDO POR EJECUTAR	% EJECUCIÓN
	1	26/1/2026	25/2/2026	30	$ 11.961.105	$ 71.766.630	0,00%
X	2	26/2/2026	25/3/2026	27	$ 11.961.105	$ 59.805.525	16,67%
	3						100,00%
	4						100,00%
	5						100,00%
	6						100,00%
	7						100,00%
	8						100,00%
	9						100,00%
	10						100,00%
	11						100,00%
	12						100,00%

Marcar solamente con una **X**, el periodo a cobrar

LIQUIDACIÓN APORTES A SEGURIDAD SOCIAL - HUSJDMI

				12,50%	16%		0,522%		
No. Desembolso	Fecha Inicial actividades	Fecha final de actividades	IBC	APORTE SALUD	APORTE PENSIÓN	APORTE FSP	APORTE ARL	TOTAL APORTES	PLANILLA O PLANILLA
1	26/1/2026	25/2/2026	$ 4.020.539	$ 502.600	$ 643.300	$ -	$ 21.000	**$ 1.166.900**	6010455804
2	26/2/2026	25/3/2026	$ 4.784.442	$ 598.100	$ 765.600	$ -	$ 25.000	**$ 1.388.700**	6010615976
3			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	
4			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$ -**	

5			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$** -	
6			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$** -	
7			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$** -	
8			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$** -	
9			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$** -	
10			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$** -	
11			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$** -	
12			$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	**$** -	

REDUCCIÓN	VALOR ACTUAL CONTRATO	DÍAS EJECUCIÓN CONTRATO
$ -	**$ 71.766.630**	**180**

APORTES REALIZADOS A PILA					DIFERENCIA APORTES			
PERIODO PLANILLA	APORTE SALUD	APORTE PENSIÓN	APORTE FSP	APORTE ARL	APORTE SALUD	APORTE PENSIÓN	APORTE FSP	APORTE ARL
2026-1	$ 598.100	$ 765.600		$ 25.000	$ -	$ -	$ -	$ -
2026-2	$ 598.100	$ 765.600		$ 25.000	$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -

					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -
					$ -	$ -	$ -	$ -

DECLARACIÓN JURAMENTADA
DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.,

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL - HUSJDMI
Ciudad

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

Marque SI o NO porque son excluyentes

1.	Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente	**SI**	**X**	**NO**		
2.	Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA	**SI**	**X**	**NO**		
3.	Que en el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT. Valor para el año 2026: $209496000	**SI**	**X**	**NO**		Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA y debe expedir factura
4.	Pertenezco al régimen simple de tributación - RST según lo estipulado en el RUT	**SI**		**NO**	**X**	Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47
5.	Autorizo que se determine la retención en la fuente conforme al art. 9 del Decreto 2231 de 2023. Se refiere a que se depurará la base aplicando la retención en la fuente por salarios, en caso de marcar no, se aplica el concepto de Honorarios (tarifa del 10% u 11%, según sea el caso)	**SI**	**X**	**NO**		Se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 383 del E.T
6.	De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :					
	CONDICIÓN DEPENDENCIA	**Tipo**	**DOCUMENTO DE**	**DOCUMENTOS A APORTAR**		
	Hijo(a) hasta los 18 años de edad	TI	1.019.906.916	Registro civil de nacimiento del hijo(a)		
	Hijo(a) hasta los 18 años de edad	TI	1.019.910.109	Registro civil de nacimiento del hijo(a)		
	Hijo(a) hasta los 18 años de edad	TI	1.019.910.110	Registro civil de nacimiento del hijo(a)		
	Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.					
7.	Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda	**SI**		**NO**	**X**	
8.	Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción)	**SI**		**NO**	**X**	
9.	Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios)	**SI**		**NO**	**X**	
10.	Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud	**SI**	**X**	**NO**		Adjuntar certificado expedido por la entidad correspon
11.	Soy Pensionado	**SI**		**NO**	**X**	
12.	Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones	**SI**		**NO**	**X**	
13.	**PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la **presente** cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto.	**SI**	**X**	**NO**		
14.	**PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta).	**SI**		**NO**	**X**	
15.	Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.					
16.	Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.					

Para constancia se expide y se firma a los 8 días de abril del 2026.



FERNANDO LARGACHA TORRES
CC 5829388
Contrato de prestación de servicios No. 020 DEL 25 DE ENERO DE 2026 del 25 de enero de 2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5829388
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FERNANDO LARGACHA TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 5 A #112-12	TELÉFONO:	2667891
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6010455804**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		118726872	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 765.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 765.600	$ 0	$ 765.600
SUBTOTALES:										**$ 765.600**	**$ 0**	**$ 765.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 598.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 598.100	$ 0	$ 0	$ 598.100
SUBTOTALES:													**$ 598.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 598.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 25.000	$ 25.000	$ 0	$ 0	$ 25.000
SUBTOTALES:									**$ 25.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 25.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 4.784.442				NO																	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 4.784.442	$ 765.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 765.600	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 4.784.442	$ 598.100	$ 0	$ 598.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 4.784.442	5829388	$ 25.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.388.700

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5829388
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FERNANDO LARGACHA TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 5 A #112-12	TELÉFONO:	2667891
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6010615976**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		206237936	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 765.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 765.600	$ 0	$ 765.600
SUBTOTALES:										**$ 765.600**	**$ 0**	**$ 765.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS001	EPS001-ALIANSALUD S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 598.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 598.100	$ 0	$ 0	$ 598.100
SUBTOTALES:													**$ 598.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 598.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 25.000	$ 25.000	$ 0	$ 0	$ 25.000
SUBTOTALES:									**$ 25.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 25.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 5829388	LARGACHA TORRES FERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 4.784.442				NO																	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 4.784.442	$ 765.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 765.600	EPS001-ALIANSALUD S.A	30	$ 4.784.442	$ 598.100	$ 0	$ 598.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 4.784.442	5829388	$ 25.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 1.388.700

Planilla Pagada

FERNANDO LARGACHA TORRES
NIT: 5829388 - 1
Régimen: Responsable del impuesto sobre las ventas IVA
Persona Natural
Dirección: CR 11 A 112 35, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3138904640
Email. largachafernando@hotmail.com
Correo: largachafernando@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764104928182 válida desde 2026-01-23 hasta 2026-07-23 rango desde FEFL96 hasta FEFL300

Nombre/Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL
NIT: 901933432-0
Dirección: CR 133276, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 6013305000
Email: Presupuestohusjdmi@gmail.com

Forma de pago: Crédito
Medio de pago: Otro*
Fecha de Pago: 15/04/2026
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: **FEFL - 102**
MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **08:58:11**
FECHA FIRMADO: **08/04/2026 08:58:13**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
08	04	2026	15	04	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	1	Honorarios Asesoría Jurídica Segundo pago correspondiente al contrato No. 020 del 25 de enero de 2026 dentro del periodo comprendido entre el 26 de febrero al 25 de marzo de 2026.	WSD	1,00	$10.051.348,74	IVA	19%	$1.909.756,26	$0,00	$10.051.348,74

Notas:

SON: (once millones novecientos sesenta y uno mil ciento cinco pesos cero centavos)

CUFE: ec4af99bd276da6bd950ab02c374d8cbb82ad622a3e717ae7c5495a21a8d4e28f65a8b1a272bd5cd39dc4f6b52018e14

Subtotal:	$10.051.348,74
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
IVA:	$1.909.756,26
Total:	$11.961.105,00

IMPUESTO	BASE	TARIFA / VALOR NOMINAL	IMPORTE
IMPUESTOS			
01 IVA	$10.051.348,74	19,00%	$1.909.756,26

Firma Digital: bmdGDf5MmRmDALj1RQe4pVVPyDxq1ceOo9cKXaUJ8J2tKniPBHqdycM5xNGMsdaG
U7m2tp+z/DwuwtUTcQMc65PLmAQja5E7UdJhNi9Bi1evanbXgUN1S7Ln1RvzIckH
PY5PzkMpgrVn9CY9hGlyZp0WIQw138HzYvOtwqBIRkJOAB/FEQ+b8gOU1MXapyQW
KJm9tLIwrhRVFF1OS4l5U6ZZbvYulQnHU9LNwHntZLRoB+4R/T85pmYSfzoTH0b7
K0pXqcy8QopKpY0zN765uw9RIcEJmG/OMP/RwfVU6iHzXjnIIZGrvB+KoDnkY1Gg
tAsvOAZpyrm77hIWX5iavQ==

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 Electrónica de Venta..