

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
\$ 3.900.000	\$ 1.560.000

PENSION	\$ 249.600
---------	------------

SALUD	\$ 195.000
-------	------------

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0,52%	\$ 8.143

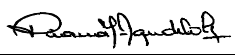
\$ 452.743

TOTAL

Niveles de Riesgo
I - 0,522%
II - 1,044%
III - 2,436%
IV - 4,35%
V - 6,96%

Escriba los valores necesarios en las casillas de color amarillo.

Adriana Patricia Obando T.
FIRMA SUPERVISOR


FIRMA CONTRATISTA

NOTA: Bajo la gravedad de juramento manifiesto que los valores estipulados en el presente formato corresponden exactamente a los derivados del presente contrato y que **SI** ____ **NO X** tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de ____ en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.