

	VERIFICACIÓN PAGO SEGURIDAD SOCIAL	FOGJ14.2
		Página 1 de 1

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
\$ 2.700.000	\$ 1.080.000

PENSION	\$ 172.800
---------	------------

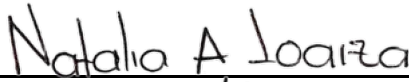
SALUD	\$ 135.000
-------	------------

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0,522%	\$ 5.638

\$ 313.438
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.


 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** ☒ tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____, en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.