**ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL**
**SANTA ROSA DE CABAL**

| Valor Mensual | Base Cotización (40%) |
|---|---|
| $ 3.300.000 | $ 1.423.500 |

| | |
|---|---|
| PENSION | $ 227.760 |
| SALUD | $ 177.938 |

| ARL | Nivel de Riesgo | Valor |
|---|---|---|
| | 0,522% | $ 7.431 |

| |
|---|
| $ 413.128 |
| 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.**

928-25 AN 27/11/2025

**FIRMA SUPERVISOR**

Ana María Castro Leña

**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

contractuales con otras entidades publicas por valor de en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.