



ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
\$ 3.300.000	\$ 1.423.500

PENSION	\$ 227.760
---------	------------

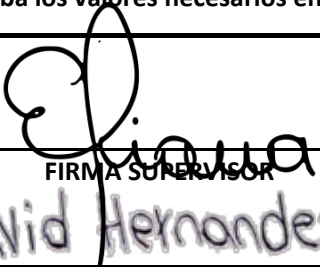
SALUD	\$ 177.938
-------	------------

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.


FIRMA SUPERVISOR
David Hernandez
FIRMA CONTRATISTA

Revisó 
Gustavo A. Rodriguez Z.

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

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

