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

Ina 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.