



ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
\$ 3.700.000	\$ 1.480.000

PENSION	\$ 236.800
---------	------------

SALUD	\$ 185.000
-------	------------

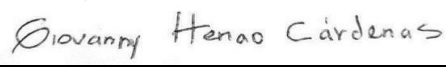
ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0,522%	\$ 7.726

\$ 429.526
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 _X_ NO ____** tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de 3.800.000 en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.