



ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
3,300,000	\$ 1,423,500

PENSION	\$ 227,800
---------	------------

SALUD	\$ 178,000
-------	------------

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0.522%	7500.00

\$ 413,300
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 en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.

