ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 3.300.000	$ 1.750.905

PENSION	$ 280.145
SALUD	$ 218.863

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	0,522%	$ 9.140

$ 508.148
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.

AP02 AMC 25/03/2026

FIRMA SUPERVISOR

Ira Marcia 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 valores correspondientes a la seguridad social.