



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.

AP03/AM-24/04/2026
FIRMA SUPERVISOR
Maria Estrella Peña
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.