**ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL**
**SANTA ROSA DE CABAL**

| Valor Mensual | Base Cotización (40%) |
|---|---|
| $ 3.500.000 | $ 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.**



**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** ____ **NO** __x__ tengo otras relaciones contractuales con otras entidades públicas por valor de _____N/A_____ en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.

FRANK ALEJANDRO VALENCIA GRANADOS - 5bb1a37f338a-2461173113450-ea6384625911