ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL
SANTA ROSA DE CABAL

Valor Mensual	Base Cotización (40%)
$ 3.850.000	$ 1.540.000

PENSION	$ 246.400
SALUD	$ 192.500

ARL	Nivel de Riesgo	Valor
	2,436%	$ 37.514

$ 476.414
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 $ 3.300.000 en los que cancelo los valores correspondientes a la seguridad social.