8.5. FORMATO 5 – Acreditación de pago y aportes al sistema de seguridad social y aportes legales

FORMATO 5A – Personas jurídicas

SANTIAGO JOAQUIN PEREZ ARROYO *identificado con* ***C.C. No. 72.099.207*** *en mi condición de Representante Legal de* ***BUSINESS CENTER WAL S.A.S*** *identificada con* ***NIT 900816809-9****, bajo la gravedad de juramento, certifico el pago de los aportes de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, al Servicio Nacional de Aprendizaje y al Fondo Nacional de Formación Profesional para la Industria de Construcción (artículo 65 Ley 1819 de 2016 y artículo 3 Decreto 1047 de 1983), pagados por la compañía durante los últimos seis (6) meses contados a partir de la fecha de cierre del presente procedimiento de selección. Lo anterior, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.*

En constancia, se firma en ***BARRANQUILLA,*** *a los 03 días del mes de Marzo de 2025.*

Atentamente,

Nombre o Razón Social del Proponente: *BUSINESS CENTER WAL S.A.S*
NIT *900816809-9*
Nombre del Representante Legal: *SANTIAGO JOAQUIN PEREZ ARROYO*
C.C. No*. 72.099.207 de Sabanagrande - Atlántico*
Dirección Comercial del Proponente: *Carrera 45 N° 84-111 Barranquilla-Colombia*
Teléfonos: *3739910*
Fax: *3739910*
Celular: *3046657121*
Correo Electrónico: *bcwsas@gmail.com*
Ciudad: *Barranquilla – Colombia*

Firma el Representante legal _____
SANTIAGO JOAQUIN PEREZ ARROYO
C.C N° 72.099.207 de Sabanagrande - Atlántico