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

FORMATO 5A – Personas jurídicas

MARIA VILLA RADA identificado con cédula de ciudadanía No. **1.143.141.539** en mi condición de Representante Legal de **INGERSOL DE COLOMBIA S.A.S** identificada con NIT **901.023.988-9**, 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 **Cartagena,** a los 05 días del mes de Marzo de 2025.

Atentamente

Nombre o Razón Social del Proponente: INGERSOL DE COLOMBIA SAS
NIT: 901.023.988 - 9
Nombre del Representante Legal: MARIA ANGELICA VILLA RADA
C.C. Nº 1.143.141.539 de Barranquilla
Dirección: Transversal 75 # Manzana 190 Lote 2 Apto 2
Teléfonos: 3242942038
Ciudad: Cartagena, Bolívar
Correo electrónico: ingersolsas@gmail.com

FIRMA: _____
NOMBRE DE QUIEN FIRMA:
MARIA ANGELICA VILLA RADA