

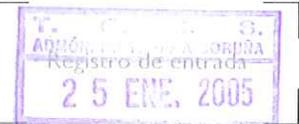


17/01



TA.0521/5 (Hoja 1/3)

Registro de presentación



SOLICITUD DE: ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS - SOCIOS/AS, FAMILIARES DE SOCIOS/AS O MIEMBROS DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDADES MERCANTILES CAPITALISTAS-

1. DATOS DEL SOLICITANTE

1.1 PRIMER APELLIDO ALONSO		SEGUNDO APELLIDO LOIS		NOMBRE MARIA		1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL 360010140335	
FECHA DE NACIMIENTO Día: 14 Mes: 11 Año: 1.973		1.3 GRADO DE MINUSVALÍA		1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO D.N.I.: <input checked="" type="checkbox"/> TARJETA DE EXTRANJERO: <input type="checkbox"/> PASAPORTE: <input type="checkbox"/>		1.5 N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO 32825563D	
1.6 DOMICILIO TIPO DE VÍA: CL NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA: PEREZ CEPEDA		BLOQUE: 6 NÚM.: BIS: ESCAL.: PISO: 4 PUERTA: D CÓD. POSTAL: 15000		MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO: CORUÑA (A)		PROVINCIA: CORUÑA(A) TELÉFONO: 	

2. DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (Marque con "X" la opción correcta)

ALTA BAJA VARIACIÓN DE DATOS FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS: Día: **1** Mes: **1** Año: **2005**

2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS

INICIO ACTIVIDAD

A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

FOTOCOPIA DNI FOTOCOPIA ESCR. CONST. DECLARACION CENSAL

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL
SERVICIOS DE GESTION ADMINISTRATIVA

3.2 I.A.E. **849** EPÍGRAFE CNAE 89

3.3 NOMBRE COMERCIAL

3.4 DOMICILIO
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA:

BLOQUE: NÚM.: BIS: ESCAL.: PISO: PUERTA: CÓD. POSTAL:

MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO: PROVINCIA: TELÉFONO:

3.5 MARQUE CON "X" SI ESTÁ INCLUIDO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS

SOCIO TRABAJADOR MIEMBRO DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN FAMILIAR DE SOCIO NUEVA EMPRESA

4. IDENTIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD MERCANTIL CAPITALISTA

C.C.C. PRINCIPAL: **15109892989** C.I.F.: **B15966393** RAZÓN SOCIAL: **GESTION HIPOTECARIA DE GALICIA, SL**

DATOS DE LA CONSTITUCIÓN

FECHA DE CONSTITUCIÓN: **10/12/2004** TIPO DE REGISTRO: **MERCANTIL** NÚMERO:

PROVINCIA: **A CORUÑA** TOMO: **2910** LIBRO: FOLIO: **84** SECCIÓN: **GEN** HOJA: **C-34291**

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA SOCIEDAD

SERVICIOS DE GESTION ADMINISTRATIVA I.A.E. **849** EPÍGRAFE CNAE 89

5. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN, DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES Y DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES

IMPORTANTE: CUMPLIMENTAR EN LA SIGUIENTE HOJA

6.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:

N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:

6.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED

NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL:

NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN:

7. A EFECTOS DE NOTIFICACIONES SEÑALA COMO DOMICILIO PREFERENTE (Marque con una "X" la opción correcta)

DOMICILIO DEL SOLICITANTE (APARTADO 1.6) DOMICILIO DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL (APARTADO 3.3) OTRO DOMICILIO

1.6 DOMICILIO
TIPO DE VÍA: NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA:

BLOQUE: NÚM.: BIS: ESCAL.: PISO: PUERTA: CÓD. POSTAL:

MUNICIPIO / ENTIDAD DE ÁMBITO TERRITORIAL INFERIOR AL MUNICIPIO: PROVINCIA: TELÉFONO:

8. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

CÓDIGO CUENTA CLIENTE: **0097856214060080629** DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO: **32825563D**

ENTIDAD: SUCURSAL: D.C.: NÚMERO CUENTA:

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: N° DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: **32825563D**

D.N.I.: C.I.F.: TARJETA EXTRANJERO: F.A.S.P.R.T.:

FIRMA DEL TRABAJADOR/A

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE

DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA SUBSANACIÓN Y MEJORA DE LA SOLICITUD

Fecha:
D.N.I.:
FIRMA:

DILIGENCIA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

BOLETINES DE COTIZACIÓN RECIBIDOS: **A**

Fecha:
D.N.I.:
FIRMA:

SUBSANACIÓN Y/O MEJORA REQUERIDA

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD: DIRECCIÓN PROVINCIAL O ADMINISTRACIÓN DE LA T. G. S. S. : **A CORUÑA**

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA.0521/5 (Hoja 1/3) (02-2004)



TA.0521/5 (Hoja 2/3)

Registro de presentación



OPCIONES

5.1. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA BASE MÁXIMA 75 % DE LA BASE MÍNIMA OTRA BASE

SOLICITA el INCREMENTO automático de la Base de Cotización en el mismo porcentaje en que se incremente la Base Máxima de Cotización del Régimen Especial.

5.2. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

ACOGERSE a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes
El abono de la prestación se concierta con la MUTUA N.º KAH DE A.T. y E.P. MAX MAZ

RENUNCIAR a la cobertura de la prestación económica por Incapacidad temporal por contingencias comunes

5.3. OPCIÓN RESPECTO DE LA COBERTURA DE LAS CONTINGENCIAS PROFESIONALES [ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES]

SOLICITA (Marque con una "X" lo que proceda):

ACOGERSE a la cobertura de las contingencias profesionales

RENUNCIAR a la cobertura de las contingencias profesionales

SI LA ACTIVIDAD DESARROLLADA ES ALGUNA DE LAS QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN MARQUE CON "X" LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ACTIVIDAD SEGÚN LO INDICADO:

<input type="checkbox"/> PRODUCCION AGRICOLA o GANADERA [CNAE: 011xx, 012xx o 013xx]	<input type="checkbox"/> EN EXPLOTACION PROPIA SIN SERVICIOS A TERCEROS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CON SERVICIOS A TERCEROS <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TRANSPORTE TERRESTRE [CNAE: 602xx]	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE PESADO EN VEHICULOS DE MAS DE 6 000 Kg. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> TRANSPORTE LIGERO EN VEHICULOS HASTA 6 000 Kg. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CORREOS Y TELECOMUNICACIONES [CNAE: 64xxx]	<input type="checkbox"/> SIN TRANSPORTE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CON RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MERCANCIA LIGERA <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INTERMEDIACION FINANCIERA, INCLUYENDO SEGUROS Y PLANES DE PENSIONES y ACTIVIDADES AUXILIARES A LA INTERMEDIACION FINANCIERA [CNAE: 65xxx, 66xxx y 67xxx]	<input type="checkbox"/> SIN DESPLAZAMIENTOS HABITUALES <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CON DESPLAZAMIENTOS HABITUALES <input type="checkbox"/>

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

TA.0521/5 (Hoja 2/3) (02-2004)

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



TA.0521/5 (Hoja 3/3)

Registro de presentación



DECLARACIÓN

-RÉGIMEN ESPECIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMOS- SOCIO/A, FAMILIAR DE SOCIO/A O MIEMBRO DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDAD MERCANTIL CAPITALISTA

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS: MARIA ALONSO LOIS; NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: 32825563D; NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.): 360010140335

9. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE ALTA

D./Dña.: MARIA ALONSO LOIS, con D.N.I. 32825563D y N.S.S. 360010140335, en calidad de ADMINISTRADORA, representante legal de la SOCIEDAD GESTION HIPOTECARIA DE GALICIA, SL con C.I.F. B15966393 y C.C.C. PRINCIPAL 15109892989

DECLARA que D./Dña. MARIA ALONSO LOIS ES SOCIO TRABAJADOR -o en su caso- FAMILIAR DE SOCIO/A /MIEMBRO DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN de esta SOCIEDAD MERCANTIL, cuyos datos identificativos constan en esta solicitud y ha INICIADO la prestación de servicios remunerados, o los servicios de dirección y/o gestión, para la citada SOCIEDAD con fecha 01/01/2005.

Asimismo, DECLARA que: (marque con "X" el/los apartados que procedan)

- EL SOCIO POSEE ACCIONES O PARTICIPACIONES DE ESTA SOCIEDAD QUE SUPONEN UN PORCENTAJE DEL 100 SOBRE EL CAPITAL. LA MITAD DEL CAPITAL SOCIAL ESTÁ DISTRIBUIDO ENTRE SOCIOS, A QUIENES EL TRABAJADOR AL QUE CORRESPONDE ESTA SOLICITUD SE ENCUENTRA UNIDO POR VÍNCULO CONYUGAL O DE PARENTESCO HASTA EL SEGUNDO GRADO. EL SOCIO TIENE ATRIBUIDO EL EJERCICIO DE FUNCIONES DE GERENCIA Y DIRECCIÓN DE LA SOCIEDAD. EL MIEMBRO DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN LO ES EN CALIDAD DE ADMINISTRADORA SEGÚN RESULTA DE ESCRITURA OTORGADA EN FECHA 10/12/2004 ANTE EL NOTARIO ENRIQUE SANTIAGO RAJOY FEIJOO CON EL NÚMERO DE PROTOCOLO 4/01

FIRMA Y SELLO (Handwritten signature)

10. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE BAJA

D./Dña.: , con D.N.I. y N.S.S. , en calidad de , representante legal de la SOCIEDAD con C.I.F. y C.C.C. PRINCIPAL

DECLARA que D./Dña. HA SIDO SOCIO TRABAJADOR -o en su caso- FAMILIAR DE SOCIO/A /MIEMBRO DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN de esta SOCIEDAD MERCANTIL, cuyos datos identificativos constan en esta solicitud y ha CESADO la prestación de servicios remunerados, o los servicios de dirección y/o gestión, para la citada SOCIEDAD con fecha

Asimismo, DECLARA que: (marque con "X" el/los apartados que procedan)

- EL SOCIO POSEE ACCIONES O PARTICIPACIONES DE ESTA SOCIEDAD QUE SUPONEN UN PORCENTAJE DEL SOBRE EL CAPITAL SOCIAL. LA MITAD DEL CAPITAL SOCIAL ESTÁ DISTRIBUIDO ENTRE SOCIOS, A QUIENES EL TRABAJADOR AL QUE CORRESPONDE ESTA SOLICITUD SE ENCUENTRA UNIDO POR VÍNCULO CONYUGAL O DE PARENTESCO HASTA EL SEGUNDO GRADO. EL SOCIO TIENE ATRIBUIDO EL EJERCICIO DE FUNCIONES DE GERENCIA Y DIRECCIÓN DE LA SOCIEDAD. EL MIEMBRO DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN LO ES EN CALIDAD DE

FIRMA Y SELLO (Empty box for signature and stamp)

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula. TA.0521/5 (Hoja 3/3) (02-2004)

RESGUARDO DE SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -SOCIOS/AS, FAMILIARES DE SOCIOS/AS O MIEMBROS DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDADES MERCANTILES CAPITALISTAS- (TA.0521/5)

Con la fecha que se indica en este documento ha tenido entrada, en el registro de esta Dirección Provincial o Administración de la Seguridad Social, la solicitud cuyos datos figuran a continuación:

DATOS DEL TRABAJADOR/A

APELLIDOS Y NOMBRE: MARIA ALONSO LOIS

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL: 360010140335 Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: 32825563D

ALTA [X] BAJA [] VARIACIÓN DE DATOS [] FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS: Día 1 Mes 1 Año 2005

DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

Plazo de resolución

PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 42.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992.

TA.0521/5 (Resguardo) (02-2004)



SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -SOCIOS/AS, FAMILIARES DE SOCIOS/AS O MIEMBROS DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDADES MERCANTILES CAPITALISTAS- (TA.0521/5)

La solicitud de alta, baja o variación de datos del trabajador/a por cuenta propia, cuyos datos figuran a continuación, no reúne los requisitos establecidos por el artículo 70 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y/o los establecidos en el Reglamento General aprobado por Real Decreto 84/1996, de 26 de enero, por lo que no se puede dictar resolución expresa en el mismo acto de la presentación de la solicitud.

DATOS DEL TRABAJADOR/A

APELLIDOS Y NOMBRE: MARIA ALONSO LOIS

Nº DE SEGURIDAD SOCIAL: 360010140335 Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO: 32825563D

ALTA [] BAJA [] VARIACIÓN DE DATOS [] FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS: Día 1 Mes 1 Año 2005

DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN

De conformidad con lo establecido en el art. 71 de la Ley 30/1992, en un plazo de DIEZ DÍAS, el solicitante deberá subsanar la falta que se indica y/o acompañar los documentos que se relacionan.

[Empty box for details of the deficiency]

Si no se subsanara la falta o no se entregasen los documentos solicitados, se le tendrá por desistido de su petición, dictándose la correspondiente resolución, notificándose a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a los efectos pertinentes.

[Empty box for resolution details]

PLAZO DE RESOLUCIÓN: El plazo máximo para dictar y notificar la resolución sobre la presente solicitud será de cuarenta y cinco días contados a partir de la fecha de su entrada en el registro de la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social o Administración de la Seguridad Social competente para su tramitación. El plazo indicado podrá ser suspendido cuando deba requerirse la subsanación de deficiencias y la aportación de documentos y otros elementos de juicio necesarios, así como en el resto de los supuestos del art. 42.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Transcurrido el citado plazo sin que recaiga resolución expresa, la solicitud podrá entenderse estimada, lo que se comunica a efectos de lo establecido en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992.

TA.0521/5 (Subsanación) (02-2004)