



TA.0521/5 (Hoja 1/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

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

Form fields for applicant data: 1.1 PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE, 1.2 NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL, FECHA DE NACIMIENTO, 1.3 GRADO DE MINUSVALÍA, 1.4 TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, 1.5 Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, 1.6 DOMICILIO, 1.6.1 Nº DE TELEF. MOVIL PARA S.M.S.

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

Form fields for application details: ALTA, BAJA, VARIACIÓN DE DATOS, FECHA DE INICIO/CESE/VARIACIÓN DE DATOS, 2.1 CAUSA DE LA BAJA / VARIACIÓN DE DATOS, 2.2 D.N.I./N.S.S./C.I.F. o C.C.C. DEL SUCESOR/A DE LA ACTIVIDAD, A esta solicitud se acompañan los siguientes documentos:

3. DATOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Form fields for professional activity: 3.1 ACTIVIDAD ECONÓMICA - COLEGIO PROFESIONAL, 3.2 I.A.E., CNAE 93, 3.3 NOMBRE COMERCIAL, 3.4 DOMICILIO, 3.5 MUJER REINCORPORADA AL TRABAJO DESPUÉS DE MATERNIDAD, 3.6 MARQUE CON "X" SI ESTA INCLUIDO EN ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SUPUESTOS: SOCIO TRABAJADOR, MIEMBRO DEL ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN, FAMILIAR DE SOCIO, NUEVA EMPRESA

IDENTIFICACIÓN DE LA SOCIEDAD MERCANTIL CAPITALISTA

Form fields for company identification: C.C.C. PRINCIPAL, C.I.F., RAZÓN SOCIAL, DATOS DE LA CONSTITUCIÓN: FECHA DE CONSTITUCIÓN, TIPO DE REGISTRO, NÚMERO, PROVINCIA, TOMO, LIBRO, FOLIO, SECCIÓN, HOJA, ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA SOCIEDAD, I.A.E., CNAE 93

4. 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

Form fields for representative and authorized person: 5.1 DATOS RELATIVOS AL REPRESENTANTE: NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL; 5.2 DATOS RELATIVOS AL AUTORIZADO DEL SISTEMA RED: NOMBRE Y APELLIDOS O RAZÓN SOCIAL, NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN

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

Form fields for preferred domicile: 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, APARTADO DE CORREOS

7. DATOS PARA LA DOMICILIACIÓN DEL PAGO DE CUOTAS

Form fields for payment details: CÓDIGO CUENTA CLIENTE, ENTIDAD, SUCURSAL, D.C., NÚMERO CUENTA, DOCUMENTO IDENTIFICATIVO DEL TITULAR DE LA CUENTA DE ADEUDO: TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, 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: DE, 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. :

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

TA.0521/5 (Hoja 1/3) (01-06-2007)



TA.0521/5 (Hoja 2/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)

OPCIONES

4.1. OPCIÓN RESPECTO DE LA BASE DE COTIZACIÓN

BASE MÍNIMA

BASE MÁXIMA

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.

4.2. 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°

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

4.3. 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:

PRODUCCION AGRICOLA o GANADERA [CNAE: 011xx, 012xx o 013xx]

EN EXPLOTACION PROPIA SIN SERVICIOS A TERCEROS

CON SERVICIOS A TERCEROS

TRANSPORTE TERRESTRE [CNAE: 602xx]

TRANSPORTE PESADO EN VEHICULOS DE MAS DE 6.000 Kg.

TRANSPORTE LIGERO EN VEHICULOS HASTA 6.000 Kg.

CORREOS Y TELECOMUNICACIONES [CNAE 64xxx]

SIN TRANSPORTE

CON RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MERCANCIA LIGERA

INTERMEDIACION FINANCIERA, INCLUYENDO SEGUROS Y PLANES DE PENSIONES y ACTIVIDADES AUXILIARES A LA INTERMEDIACION FINANCIERA [CNAE: 65xxx, 66xxx y 67xxx]

SIN DESPLAZAMIENTOS HABITUALES

CON DESPLAZAMIENTOS HABITUALES

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

FIRMA DEL TRABAJADOR/A



TA.0521/5 (Hoja 3/3)

Registro de presentación

Registro de entrada

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

Form fields for NOMBRE Y APELLIDOS, NÚMERO DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, and NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (N.S.S.)

9. DECLARACIÓN PARA LAS SOLICITUDES DE ALTA

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. _____ 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 _____.

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 _____

SEGÚN RESULTA DE ESCRITURA OTORGADA EN FECHA _____ ANTE EL NOTARIO _____ CON EL NÚMERO DE PROTOCOLO _____

FIRMA Y SELLO

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 _____

SEGÚN RESULTA DE ESCRITURA OTORGADA EN FECHA _____ ANTE EL NOTARIO _____ CON EL NÚMERO DE PROTOCOLO _____

FIRMA Y SELLO

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



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

Form fields for worker data: APELLIDOS Y NOMBRE, Nº DE SEGURIDAD SOCIAL, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, ALTA, BAJA, VARIACIÓN DE DATOS, FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS, DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN.



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.

TA.0521/5 (Resguardo) (01-06-2007)

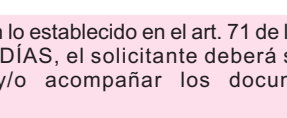


SUBSANACIÓN Y/O MEJORA DE LA SOLICITUD DE ALTA, BAJA O VARIACIÓN DE DATOS EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE AUTÓNOMOS -SOCIOS/AS, FAMILIARES DE SOCIOS/AS O MIEMBROS DE ÓRGANOS DE ADMINISTRACIÓN DE SOCIEDADES MERCANTILES CAPITALISTAS- (TA.0521/5)

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

Form fields for worker data: APELLIDOS Y NOMBRE, Nº DE SEGURIDAD SOCIAL, Nº DE DOCUMENTO IDENTIFICATIVO, ALTA, BAJA, VARIACIÓN DE DATOS, FECHA DE ALTA/BAJA/VARIACIÓN DE DATOS, DATO DEL QUE SE SOLICITA LA VARIACIÓN.



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.

TA.0521/5 (Subsanación) (01-06-2007)

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 document submission details.

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.

