



SHALOM, S. C.L.  
F50228469  
C/ MARCO ZAPATA Nº 13  
50010 ZARAGOZA  
Tel. 976324663  
Fax 976403020  
Mail: shalom\_zgz@hotmail.com  
Web: www.cooperativashalom.com

## DOSSIER INFORMATIVO COOPERATIVA SHALOM S.L.

Bienvenido a la Cooperativa Shalom S.L., en este dossier tienes toda la información y documentación para darte de alta en la Cooperativa.

La Cooperativa Shalom S.L., lleva más de 20 años agrupando a Vendedores Ambulantes gracias a los beneficios de pertenecer a la Cooperativa, solo se pueden asociar Vendedores Ambulantes para ferias medievales o ventas tradicionales.

El socio paga una cuota por mes de alta, y 20 euros al año por la inscripción y el IAE, es el único pago que tiene que realizar, estando en dicha cuota incluido tanto el Alta en Autónomo, como el IAE, como los Impuestos Tributarios, al ser realizados por la Cooperativa como Sociedad.

### 1. FUNCIONAMIENTO DE LA COOPERATIVA

- El alta en la Cooperativa se puede hacer en cualquier momento del mes, ya que al ser en Régimen de Autónomo, la Seguridad Social siempre cuenta el día 1 del mes en curso, es decir, tanto se solicite el alta el día 1 como el día 20 hay que pagar el mes completo por obligación de la Seguridad Social y cotiza el mes completo.
- La baja en la Cooperativa se tiene que avisar antes de comenzar el nuevo mes, ya que si se hace fuera de plazo la Seguridad Social va a contar el mes completo y va a tener que pagar la cuota de autónomo.
- Las Facturas de compra de género, tiene que hacerlas a nombre de la Cooperativa, nunca a nombre del socio y obligatoriamente el socio tiene que enviárnosla a nosotros por cualquier medio en el plazo de un mes. Esto es fundamental puesto que hay que declararla en Hacienda y si no se realiza puede ocasionar graves multas a la Cooperativa y al Socio.

- Si en alguna ocasión excepcional necesitan factura de venta consultar con la Cooperativa.
- Es imprescindible que los Socios lleven al día las Cuotas mensuales dentro de cada mes de vigencia, ya que la Cuota de Seguridad Social la pasan a final de cada mes y si no está ingresado a tiempo genera automáticamente por parte de la Seguridad Social un recargo del doble del importe.
- **NOTA IMPORTANTE.** Las cuotas de Autónomo solo son validas para Socios que no tengan deuda anterior con la Seguridad Social, en caso contrario consultar con la Cooperativa.

## 2. DOCUMENTACION ADJUNTA

Se adjunta la siguiente documentación imprescindible para realizar el alta en la Cooperativa.

- **HOJA DE DATOS PERSONALES PARA ALTA.**
- **ADMISION SOCIOS COOPERATIVA.**
- **FR103 PARA AUTORIZARNOS A REALIZAR ALTAS Y BAJAS EN SEGURIDAD SOCIAL.**
- **SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL:** hoja explicativa con los tres tipos de seguros que trabajamos, no es obligatorio pero los Ayuntamientos los exigen para poder renovar puesto y casi es imprescindible para las Ferias Medievales.

Para poder tramitar el Alta nos vale con que nos mandes LA HOJA DE DATOS Y LA HOJA DE ADMISION DE SOCIOS Y EL FR103 junto con el **DNI o NIE**, las aceptamos tanto por email, como fax, como correo normal.



SHALOM, S. COOP. LTDA. F50228469

C/ MARCO ZAPATA Nº 13

50010 ZARAGOZA

Tel. 976324663 /Fax 976403020

Mail: shalom\_zgz@hotmail.com

Web: www.cooperativashalom.com

**DATOS PARA ALTA EN SHALOM S.C.L.  
NO OLVIDES ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL NIF o NIE Y FIRMAR LA  
AUTORIZACION DONDE PONE "FIRMAR AQUÍ".**

- NOMBRE Y APELLIDOS:
- NIF/NIE: S.SOCIAL:
- DOMICILIO COMPLETO:
- CODIGO POSTAL:
- LOCALIDAD: PROVINCIA:
- FECHA DE NACIMIENTO: MAIL:
- TELEFONO FIJO TELEFONO MOVIL:
- FECHA PARA LA QUE QUIERES CURSAR ALTA:
- TIEMPO DE PERMANENCIA:
  - \_\_ Mes/Meses  Indefinido  Ya os avisaré
- PRODUCTOS QUE VENDES:
- PROVINCIA MERCADOS HABITUALES:

**IMPORTE CUOTA MES:**

- 65 EUROS. PRIMER AÑO. AUTONOMOS DE CUALQUIER EDAD QUE SEAN ALTA INICIAL (NUNCA HAYAN SIDO AUTONOMOS).
- 130 EUROS. VENTA INFERIOR A 8 HORAS DIARIAS (COTIZACION 491,10). AUTONOMOS QUE NO TENGAN BONIFICACION.
- 205 EUROS. VENTA SUPERIOR A 8 HORAS DIARIAS (COTIZACION 893,10. AUTONOMOS QUE NO TENGAN NUEVA BONIFICACION) ó (COTIZACION 491,10 SI TIENEN DEUDA CON LA SEGURIDAD SOCIAL).

**SIEMPRE EL ALTA EN COOPERATIVA ES DE 20 EUROS A SUMAR A LA  
CUOTA DEL MES DEL ALTA, SE COBRA UNA VEZ AL AÑO PARA CUBRIR  
EL IAE.**

**FORMA DE PAGO:**

- Giro Postal  Transferencia  Cargo Cuenta Bancaria

TU NÚMERO DE CUENTA SI QUIERES DOMICILIAR EL RECIBO (IBAN):

**NUESTRO NÚMERO DE CUENTA PARA TRANSFERENCIAS (IBERCAJA): ES49 2085-0105-81-0300371112.** Mandar por email o fax justificante ya que muchas veces no nos aparecen datos del ordenante.



SHALOM, S.C.L. F50228469  
C/ MARCO ZAPATA Nº 13  
50010 ZARAGOZA  
Tel. 976324663  
Fax 976403020  
Mail: shalom\_zgz@hotmail.com  
Web: www.cooperativashalom.com

Consejo Rector:

Shalom Sc. Coop. Ltda. Inscrita en el Registro General de Cooperativas Núm. 1661 SMT y Núm. 50/Z-494, con CIF F50228469, cuya actividad principal consiste en COMERCIO AL POR MENOR FUERA DE ESTABLECIMIENTO COMERCIAL, con domicilio social en Zaragoza, calle Marcos Zapata 13,

SUSCRIBE:

D/Dña: \_\_\_\_\_ con NIF/NIE \_\_\_\_\_, declarando que realiza exclusivamente la actividad de VENTA AMBULANTE, solicito la admisión en la Cooperativa como socio trabajador de la misma.

---

Estimado Sr.:

En relación a su atento escrito en el que solicita su ingreso en esta Sociedad Cooperativa, visto que cumple con lo dispuesto en el Código Civil (capacidad suficiente de obrar), y la Ley 18/2002, de 5 de julio, de Cooperativas y con lo dispuesto en el artículo 6 de los Estatutos Sociales por los que se rige esta entidad, pongo en su conocimiento que el Consejo Rector acordó admitirlo como socio-trabajador de pleno derecho, fijando su alta en vigor a partir del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_.

Aceptando en la admisión las siguientes condiciones:

- Autorizar a Shalom Coop. Ltda. Para realizar las gestiones necesarias en la Seguridad Social en relación a mi alta de autónomo.
- Responsabilizarme del pago de las facturas de compra emitidas a nombre de Shalom que pudiera ocasionar acciones legales contra la Cooperativa en caso de impago.
- Responsabilizarse del pago de las paradas o stand en mercados y ferias u otros espacios, en ningún caso la Cooperativa se responsabiliza del pago de los puestos realizados por terceros en su nombre.
- Aceptar las normas de funcionamiento de la Cooperativa expuestas en el DOSSIER INFORMATIVO.

Y para que conste a petición del interesado/a y surta efectos ante todos los Organismos Oficiales que corresponda, expido el presente escrito con el Vº Bueno del Presidente del Consejo Rector.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_.  
Firman:

*El socio-trabajador*

*El Presidente o secretario:*

De acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal, le informamos que los datos recabados serán incorporados a un fichero bajo la responsabilidad de SHALOM SDAD COOP LIMITADA con la finalidad de atender los compromisos derivados de la relación que mantenemos con usted.

Así mismo, le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición mediante un escrito a nuestra dirección: MARCOS ZAPATA, Nº 13, LC 50010, ZARAGOZA.

Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos el consentimiento para utilizarlos con el objeto de dar continuidad a nuestra relación contractual. También solicitamos su consentimiento para la comunicación de los datos a otras empresas cuando esta comunicación sea necesaria para la ejecución del presente contrato o pueda suponer una mejora en la relación entre ambas partes.



FR.103

Registro de presentación

Registro de entrada

## AUTORIZACIÓN PARA ACTUAR EN REPRESENTACIÓN DE UN AFILIADO (NAF) EN EL ÁMBITO DEL SISTEMA RED\*

\* Sólo cuando el NIF de la autorización no coincida con el del NAF a asignar. Cuando el NIF de la autorización coincida con el del NAF a asignar será necesario cumplimentar el formulario FR.104.

### 1. DATOS DEL AFILIADO A REPRESENTAR

NOMBRE Y APELLIDOS  NÚMERO DE AFILIACIÓN

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)

Datos de Contacto

CORREO ELECTRÓNICO\*

TELÉFONO MÓVIL\*

\* Este campo se utilizará para comunicaciones entre la Seguridad Social y el afiliado.

Datos de Representación (en su caso)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE DEL AFILIADO

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)

Según los términos y condiciones establecidos en el artículo 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común,

**AUTORIZA** a los usuarios de la Autorización de la TGSS número:  a,

- Hacer uso del Sistema RED, respecto a los trámites recogidos en la normativa reguladora de este Sistema
- Asignar a la autorización aquellos CCCs de empresario individual que se inscriban a través del Sistema RED con este NIF

En el caso de que el NAF sin estar obligado a incorporarse al Sistema RED, solicite adherirse voluntariamente al mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 3.2.b de la Orden ESS/485/2013 de 26 de marzo quedará obligado a recibir por medios electrónicos las notificaciones y comunicaciones que en el ejercicio de sus competencias les dirija la administración de la Seguridad Social, en tanto se mantenga su incorporación al citado Sistema.

Las notificaciones y comunicaciones electrónicas en los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la citada Orden, se pondrán a disposición, tanto del sujeto responsable obligado a recibirlas, como del autorizado que en cada momento tenga asignada la gestión en el Sistema RED del Código de Cuenta de Cotización principal de aquél o, en su defecto, del autorizado que tenga asignado, en su caso, el número de Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos obligados a incorporarse a dicho Sistema, en los términos previstos en la Orden ESS/484/2013, de 26 de marzo reguladora del mismo. Como excepción, los sujetos responsables podrán optar porque las notificaciones y comunicaciones electrónicas a ellos dirigidas se pongan exclusivamente a su disposición o también a la de un tercero a quien haya otorgado su representación (artículo 4 de la Orden ESS/485/2013 de 26 de marzo).

En el caso de que actualmente este afiliado sea gestionado por otra autorización RED, la cumplimentación del presente formulario implica su voluntad expresa de **RESCINDIR** su **NAF** de dicha autorización.

### 2. DATOS DE LA AUTORIZACIÓN

RAZÓN SOCIAL/NOMBRE Y APELLIDOS  NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD. DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA TGSS DE:

#### AFILIADO O REPRESENTANTE

Lugar:  Fecha:   
FIRMA:   
  
NOMBRE Y APELLIDOS:

#### USUARIO PRINCIPAL O REPRESENTANTE DE LA AUTORIZACIÓN

Lugar:  Fecha:   
FIRMA:   
  
NOMBRE Y APELLIDOS:

### DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTAR

- Documento identificativo del afiliado y, en el caso de representación, además acreditación documental de la representación de la persona que formula la solicitud así como su documento identificativo.

PROTECCIÓN DE DATOS.- A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (B.O.E del 14-12-1999) de protección de datos de carácter personal, se le informa que los datos consignados en el presente modelo, serán incorporados al Fichero General de Afiliación, regulado por la Orden de 27-07-1994, modificados por la Orden de 26-03-1999.

Respecto de los citados datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación, en los términos previstos en dicha Ley Orgánica 15/1999.

La comunicación de estos datos supone la aceptación por el empresario de comunicaciones informativas de la Seguridad Social.



SHALOM, S. C.L. F50228469

C/ MARCO ZAPATA Nº 13

50010 ZARAGOZA

Tel. 976324663

Fax 976403020

Mail: shalom\_zgz@hotmail.com

Web: [www.cooperativashalom.com](http://www.cooperativashalom.com)

## SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Como ya sabéis cada vez los Ayuntamientos piden más el Seguro de Responsabilidad Civil por los daños que pueda ocasionar el puesto e incluso el producto es si, por tal fin hemos llegado a un acuerdo con Generali y os presentamos los seguros disponibles, con descuentos respecto a otros años. Todos los vendedores que llevan productos alimenticios tienen la posibilidad de contratar el R.C., con cobertura de producto, que cubre los daños causados por el alimento en sí.

También respecto a otros años hemos conseguido mejorías en los R.C., la franquicia ha bajado de 150 € a 100 € (todos los Seguros de Responsabilidad Civil llevan franquicia) y la defensa jurídica ha subido de 3.000 € a 7.500 €. Así mismo incluimos desde este año daños causados a terceros por agua, transporte y almacenamiento.

Para contratarlo lo único que necesitamos, además de la ficha de datos personales, es saber el producto que vendéis (alimentación, textil, artesanía, bisutería,...)

## RESUMEN DE PRECIOS

1. SEGURO BASICO: cobertura 150.000 €
2. SEGURO BASICO MAS PRODUCTO: cobertura de 150.000 € más daños ocasionados por el producto.
3. SEGURO AMPLIADO: cobertura 300.000 €, incluido producto.

Desde 55 euros al año.

Además no dudes en consultar otros Seguros (coches, hogar, vida, salud, decesos)