

Акт выездной проверки

от 31.08.2018г.

№ 110н/с

Мною, Войтюк Еленой Владимировной - главным специалистом-ревизором Филиала № 14 Государственного учреждения - Новосибирского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы²)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя - МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ВЕРА" ИСКИТИМСКОГО РАЙОНА НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ" (МБУ "КЦСОН "Вера" Искитимского района НСО"),

регистрационный номер

в территориальном органе страховщика

5414004345

код подчиненности

54141

ИНН³

5446011440

КПП⁴

544601001

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

633209, ПУШКИНА УЛ, д. 57А, ИСКИТИМ Г,
НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.

за период с 01.01.2015г. по 31.12.2017г.

год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	класс профессионального риска	размер страхового тарифа	скидка / надбавка
2015	85.32: Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания	1	0,2	нет / нет
2016	85.32: Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания	1	0,2	нет / нет
2017	88.10: Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам	1	0,2	нет / нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки - территория проверяемого лица: 633209, ПУШКИНА УЛ, д. 57А, ИСКИТИМ Г, НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ..

2. Выездная проверка начата 16.08.2018г., окончена 24.08.2018г.

3. В соответствии с решением⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.)

ОТ

(дата)

№

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.)

ОТ

(дата)

№

выездная проверка была возобновлена с _____

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)⁶ в проверяемом периоде являлись:

Директор

(наименование должности)

РОМАХИНА НАТАЛЬЯ ИЛЬИНИЧНА

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Анохина Ольга Владимировна

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных следующих документов: учредительных документов; сводов зарплаты по видам оплат; штатного расписания; договоров подряда, договоров на оказание услуг с актами приемки – сдачи оказанных работ (услуг); договоров дарения; справок МСЭ; Расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения; Расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее - Расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам (форма-4ФСС)).

Выборочным методом проверены: приказы; расчетные листки сотрудников; справочные ведомости; расчетные ведомости; банковские документы; ведомости на перечисление зарплат в банк; трудовые договоры; табели учета использования рабочего времени; авансовые отчеты; карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и сумм начисленных страховых взносов; справки о доходах физического лица (форма 2-НДФЛ).

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:⁷

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____

16.03.2015г.

по

23.03.2015г.

(дата)

(дата)

акт выездной проверки от _____

31.03.2015г.

№

26н/с

⁸

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения:

устранены

8

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. выявлены / ~~не выявлены~~ (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:⁹

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
-	-

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
-	-

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других правонарушений (бездействия):⁹

При проверке представленных документов (сводов зарплаты по видам оплат; расчетных ведомостей; справок о доходах физического лица (форма 2-НДФЛ); справок МСЭ, и данных отчетности - Расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (форма-4ФСС), за проверяемый период установлено нарушение Федерального закона от 19.12.2016г. № 419-ФЗ "О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов": сумма выплат и иных вознаграждений в пользу застрахованных, являющихся инвалидами, в 2017г. определена неверно. Сумма выплат в пользу работающих инвалидов завышена на 501 руб.: по данным страхователя – 1071187,07 руб., по данным выездной проверки – 1070686,07 руб. Указанное нарушение привело к неправильной уплате страховых взносов в размере 60 процентов размера страховых тарифов в отношении данных выплат (Приложение № 1 к настоящему акту проверки)

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
июнь 2017	0,60

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами:⁹

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
	:

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет) за _____⁹

(период)

Установленный срок представления расчета _____

(дата)

Расчет представлен _____, ~~не представлен~~ (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:⁹

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Взыскать с МУНИЦИПАЛЬНОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ВЕРА" ИСКИТИМСКОГО РАЙОНА НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ":

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 2017г. в размере 0,60 руб.;⁹
в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме _____ руб.;⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере _____ руб.;⁹

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;⁹

11.3. _____;⁹

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ВЕРА" ИСКИТИМСКОГО РАЙОНА НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ" к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. статьей 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ за неуплату или неполную уплату страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов.

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на 5 листах.

Приложение является неотъемлемой частью акта.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 14 Государственного учреждения - Новосибирского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по адресу: НСО, г. Искитим, ул. Пушкина, 39, письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку

(подпись) Е.В. Войтюк
(Ф.И.О.)

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

Директор
(должность)

(подпись)

РОМАХИНА НАТАЛЬЯ ИЛЬИНИЧНА
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
страхователя



Экземпляр настоящего акта с 1 приложением на 5 листах получил:
Директор МУНИЦИПАЛЬНОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ВЕРА" ИСКИТИМСКОГО РАЙОНА НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ" - РОМАХИНА НАТАЛЬЯ ИЛЬИНИЧНА

(подпись)

(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰
Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.¹¹

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае непредставления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушений законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹¹ Пункт 4 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».