

Приложение № 16
к приказу Фонда социального
страхования Российской
Федерации
от 11.01.2016 г. № 2

Форма 18-ФСС



Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Акт выездной проверки

от 22.08.2017
(дата)

№ 103/осс

Нами (мною), Суркова Любовь Петровна - Главный специалист-ревизор

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

Филиал № 44 ГУ - Московское областное региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались
к проведению проверки)

на основании статьи 20 Федерального закона от 03.07.2016 № 250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование», проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КУРОВСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ",

(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

5044001052

код подчиненности

50441

ИНН

5073065270

КПП

503401001

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

142620, ул.Лесная д.24 г.Куровское Орехово-
Зуевский р-н Московская обл

за период с 01.01.2014 по 31.12.2016

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки - территория проверяемого лица.

(территория проверяемого лица либо место нахождения органа
контроля за уплатой страховых взносов)

2. Выездная проверка начата 17.08.2017, окончена 18.08.2017.

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

X

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

_____ от _____ № _____ X

(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____ X _____ .

(дата)

4. В соответствии с решением _____ X _____

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

_____ от _____ № _____ X

(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____ X _____ .

(дата)

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

Директор	Лебедева Ольга Борисовна
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Афонина Ирина Михайловна, с 14.08.2017г. Курова Елена Анатольевна.
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена :

Сплошным методом проверки представленных следующих документов:

- штатное расписание, главные книги, своды по начислению заработной платы, Расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное Пенсионное страхование (Форма РСВ 1 ПФР), отчеты по Ф 4 ФСС РФ, приказы о поощрении, сведения индивидуального (персонифицированного учета) лиц выплаты которых превышают предельную величину базы для начисления страховых взносов и работников имеющих группу инвалидности, копии справок МСЭ работников имеющих группу инвалидности;

- Выборочным методом проверки представленных следующих документов:

- приказы о приеме и увольнении, документы по заработной плате, лицевые счета, табели учета рабочего времени, первичные банковские и кассовые документы.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

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

X

_____ .

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ 04.08.2014г. _____ по _____ 05.08.2014г. _____ ,

(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ 06.08.2014 _____ № _____ 122 / осс _____ .

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения — Устранены..

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

10. Настоящей проверкой установлено: За период с 01.01.2014г. по 31. 12. 2014г. страхователь являлся плательщиком страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, размер тарифа страховых взносов – 1,9 процента (на выплаты работников имеющих группу инвалидности). За период с 01.01.2014г. по 31. 12. 2016г. страхователь являлся плательщиком страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, размер тарифа страховых взносов – 2,9 процента.

10.1. ~~выявлены~~/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах: _____ X _____

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации:

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

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

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомερных действий (бездействия): _____ х _____
(указать каких)

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

10.1.3. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – расчет)

за _____ х _____
(период)

Установленный срок представления расчета _____ х _____
(дата)

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

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:
_____ х _____

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КУРОВСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ" _____ :

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования

Российской Федерации за _____ С 01.01.2014г по _____ в размере _____ 0,00р. _____ руб.;;
(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов, указанных в п. 3.1.1 настоящего акта, в размере _____ 0,00р. _____ руб.;;

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. _____ X _____ ;
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11.4. привлечь

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КУРОВСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью х статьи х Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ за

 х ,

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на х листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 44 ГУ - Московское областное региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

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

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа, проводивших проверку Главный специалист-ревизор Филиала № 44 Государственного учреждения – Московского областного регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

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

представителя) ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КУРОВСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"



Суркова Л.П.

(Ф.И.О.)



Директор

(должность)

(подпись)

Лебедева О.Б.

(Ф.И.О.)

Место печати плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с х приложениями на х листах получил.
(количество)

Директор ГБУ СО МО "КУРОВСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ" Лебедева О.Б.

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

(подпись)

(дата)

22.08.2017г.

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

от получения настоящего акта уклоняется *.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен плательщику страховых взносов, 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 указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

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