

Форма 7

**АКТ
выездной проверки**

от 13.08.2018
(дата)

№ 149

Мною, Акуловой Светланой Викторовной - главный специалист-ревизор филиала № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, 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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД № 20" ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ,**

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

Регистрационный номер в территориальном
оргane страховщика

2618009963,

Код подчиненности

26181,

ИНН³

2618019872,

КПП⁴

261801001,

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

357360, РФ, Ставропольский край,
Предгорный р-н, Санамер п, Тельмана ул, д.
58,

за период с 01.01.2015 г. по 31.12.2017 г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2015	80.10.1	1	0,2	нет
2016	80.10.1	1	0,2	нет
2017	85.11	1	0,2	нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 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 : Санамер п, Тельмана ул, д. 58

2. Выездная проверка начата 09.08.2018, окончена 10.08.2018
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Ковалева С.А.
(Ф.И.О.)

от

(дата)

№

выездная проверка была

приостановлена с

4. В соответствии с решением' директора филиала

Ковалева С.А.

от

№

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была

возобновлена с

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись⁶:

Руководитель

(наименование должности)

ЛЕФТЕРОВА ИННА ВАЛЕРЬЕВНА

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

не предусмотрен

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных следующих документов: своды начислений и удержаний, расчетные ведомости, приказы, заявления, документы банка, документы кассы, финансово — распорядительные документы.

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

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

8. Предыдущая выездная проверка не проводилась ----- по -----,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от ----- № -----⁸.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения: -----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)
«январь 2015»	141,71
«февраль 2015»	141,71
«март 2015»	-2952,73
«апрель 2015»	141,71
«февраль 2016»	-175,38
«июнь 2016»	2355,41
«январь 2017»	2297,4
«февраль 2017»	-2485
«октябрь 2017»	187,6
«декабрь 2017»	20025,33

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
«январь 2015»	0,29
«февраль 2015»	0,28
«март 2015»	-5,95
«апрель 2015»	0,29
«февраль 2016»	-0,35
«июнь 2016»	4,72
«январь 2017»	4,59
«февраль 2017»	-4,97
«октябрь 2017»	0,37
«декабрь 2017»	40,05

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных

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

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)
	0

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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 20" ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 2015 — 2017 г.г. в размере 39.32 руб.;⁹

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд _____ рублей.
в сумме _____⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 20" ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ пунктом _____ 1 статьи _____ 26.29 за неполная уплата сумм страховых взносов, в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за _____

Приложение:
на _____ листах.

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 № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации 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 органа
контроля за уплатой страховых
взносов и должностных лиц
налогового органа, проводивших
проверку



Акулова Светлана
Викторовна
(Ф.И.О.)

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

заверенная
(должность)

И.И. Валерьевна
(подпись)

ЛЕФТЕРОВА
ИННА
ВАЛЕРЬЕВНА
(Ф.И.О.)



Место печати (при наличии)
страхователя

Экземпляр настоящего
акта с _____

приложениями
на _____

листах
получил.

(количество)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(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

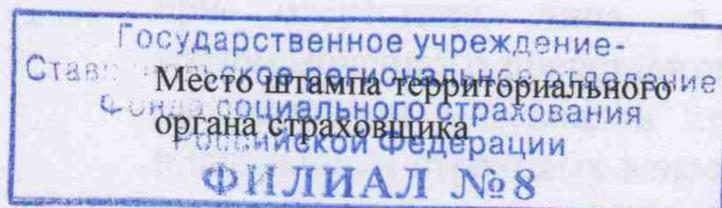
Направить настоящий акт по почте.

(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 Отчество указывается при наличии.



Решение
о привлечении страхователя к ответственности
за совершение нарушения законодательства Российской Федерации
об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний

от 04 сентября 2018
(дата)

№ 149

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиал № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

С.А.Ковалев

(Ф.И.О.¹ руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

рассмотрев

акт

выездной

проверки от

13.08.18

№

149

(выездной/камеральной)

(дата)

правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления)
страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования
Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату
страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 20" ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО
РАЙОНА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2618009963

код подчиненности

26181

ИНН²

2618019872

КПП³

261801001

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя,
физического лица

357360, РФ, Ставропольский край, Предгорный
р-н, Санамер п, Тельмана ул, д. 58

другие материалы проверки и иные документы, имеющиеся у территориального органа
страховщика:

(указываются конкретные документы и иные материалы)

а также

не представлены

(указываются письменные возражения плательщика страховых взносов,
в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя))

при участии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя) _____ ;

(Ф.И.О., должность - при необходимости)

при отсутствии лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя), извещенного надлежащим образом о времени и месте рассмотрения материалов проверки, что подтверждается уведомлением о вызове плательщика страховых взносов № 149 от 13.08.2018 в связи с чем принято решение о рассмотрении материалов проверки в отсутствие лица, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченного представителя)

УСТАНОВИЛ:

что страхователь занизил базу для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации в сумме 19657,96 руб.

Всего по результатам проверки выявлена недоимка по страховым взносам на обязательное социальное от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд

социального страхования Российской Федерации в _____ руб., образовавшаяся за
сумме _____ 39,32 период
с 01.01.2015 по 31.12.17, в том числе ⁵

расходы не принятые к зачету в счет уплаты страховых взносов в сумме _____ 0,00 р.

неуплаченные страховые взносы 1,69 руб.,⁵ из них:

в результате занижения базы для начисления страховых взносов в
сумме _____ 39,32 р.

Руководствуясь статьей 26²⁰ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ):

РЕШИЛ:

1. Привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 20" ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ к ответственности, предусмотренной:

№ п/п	Пункт и статья Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ	Состав правонарушения	Штраф, рублей	Код бюджетной классификации
1	26.29	неполная уплата сумм страховых взносов, в результате занижения базы для начисления страховых взносов	7,86	393 102 050 07 3000 160

Итого: 7,86

2. Начислить пени по состоянию на 01.01.2017
(дата)

	Установленный срок уплаты страховых взносов	Пени, рублей	Код бюджетной классификации
Страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации за период 2015-2017 (месяц, год)	15	0	393 102 050 07 2100
	Итого:	0	

3. Предложить МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 20" ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ :

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

3.1. Уплатить недоимку по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации в

сумме 39,32 руб., код бюджетной классификации 393 102 050 07 1000 16

- 3.2. уплатить штрафы, указанные в пункте 1 настоящего решения;
- 3.3. уплатить пени, указанные в пункте 2 настоящего решения.
4. Внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета.
5. Иные предложения⁵

Настоящее решение в соответствии с пунктом 12 статьи 26²⁰ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вступает в силу по истечении 10 дней со дня его вручения лицу (его уполномоченному представителю), в отношении которого оно вынесено.

Настоящее решение может быть обжаловано в порядке, установленном статьей 26²¹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ .

Директора филиала

(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа страховщика)
филиал № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

(подпись)

С.А.Ковалев
(Ф.И.О.)

Место печати
территориального органа
страховщика

Копию решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном

страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний получил.⁶

Заведующий Сергеева Е.В.
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

И.И.И.
(подпись)

_____ (дата)

Примечание.

Решение о привлечении к ответственности за совершение правонарушения в течение пяти дней после дня его вынесения может быть вручено лицу, в отношении которого вынесено соответствующее решение (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного решения по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.⁷

Отчество заполняется при наличии.

² Идентификационный номер налогоплательщика.

³ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁴ Заполняется при наличии возражений.

⁵ Заполняется при наличии.

⁶ Заполняется в случае вручения копии решения о привлечении страхователя к ответственности за совершение нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах непосредственно соответствующему лицу.

⁷ Пункт 13 статьи 26²⁰ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.17 г. № 9

Государственное учреждение -
Ставропольское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал № 8
Место штампа территориального
органа страховщика

Форма 5

Справка

о проведенной выездной проверке страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от 10.08.2018

№ 149

В соответствии с решением

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиал № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

С.А.Ковалев

(Ф.И.О.¹ руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 09.08.2018 № 149
(дата)

Акулова Светлана Викторовна - главный специалист-ревизор филиала № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации провела выездную проверку правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 20" ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2618009963

Код подчиненности

26181

ИНН²

2618019872

КПП³

261801001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя,
физического лица

357360, РФ, Ставропольский край, Предгорный
р-н, Санамер п, Тельмана ул, д. 58

за период с 01.01.2015 по 31.12.2017
(дата) (дата)

Государственное учреждение -
Ставропольское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Место штампа территориального
органа страховщика
ФИЛИАЛ № 8

Форма 5

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов

от "13" августа 2018 г
(дата)

№ 149

С.А.Ковалев - директор филиала № 8 Государственного учреждения - Ставропольского
регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(Ф.И.О., должность, наименование территориального органа страховщика)

в соответствии с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. №
125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний» вызывает страхователя
МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ДЕТСКИЙ САД № 20" ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

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

регистрационный номер в территориальном
органе страховщика (код подчиненности)

2618009963 (26181)

ИНН

2618019872

КПП

261801001

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя,
физического лица

357360, РФ, Ставропольский край, Предгорный
р-н, Санамер п, Тельмана ул, д. 58

в Филиал № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: 357700, РФ, Ставропольский край, г.Кисловодск, ул.Боргустанская, д.47 А каб.15

(место нахождения территориального органа страховщика и № комнаты)

04 сентября 2018 г. в 11 час. 30 мин.

(указать день и время)

рассмотрение акта выездной проверки

(указать подробное описание цели вызова страхователя)

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)



С.А.Ковалев

(Ф.И.О.)

Телефон: 887937-79081

Место печати территориального
органа страховщика

Уведомление о вызове страхователя получил **.

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

(подпись)

(дата)

* При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.