

ФОНД
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственное учреждение -
Калининградское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
236022, г.Калининград, ул.Чайковского, д. 11
Тел. (401-2) 92-95-03. Факс (401-2) 95-01-17

Акт выездной проверки

от 04.05.2017г.
(дата)

№ 358

Мною, Шпановой Людмилой Валерьевной — Главным специалистом-ревизором

(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,

с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Калининградское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

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

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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИЙ ЦЕНТР "МОСКОВСКИЙ" (полное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за

уплатой страховых взносов

3900010891

код подчиненности

39001

ИНН

3907014829

КПП

390601001

адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального 236004, К.Назаровой ул, д. 59, Калининград г.

предпринимателя, физического лица

Калининградская обл.

за период с 01.01.2014г. по 31.12.2016г.

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: 236004, К.Назаровой ул, д. 59, Калининград г.
Калининградская обл. (территория проверяемого лица либо место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов)

2. Выездная проверка начата 06 марта 2017г., окончена 05 мая 2017г.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

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

от _____ № _____

(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением _____

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

от _____

№ _____
(дата)

№ _____

выездная проверка была возобновлена с _____

(дата)

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

Директор

(наименование должности)

Козынченко Людмила Кузьминична

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Шкурина Елена Александровна

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных _____
(сплошным, выборочным)

следующих документов:

учредительные, банковские и кассовые документы - выборочно, расчетно-платежные ведомости по заработной плате, таблицы учета рабочего времени, на основании которых производилось начисление страховых взносов и перечисление их в бюджет Фонда и другие документы.

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ № _____,
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения ---

(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 о страховых взносах:

В проверяемом периоде исчисление и уплата страховых взносов производилась без нарушений законодательства РФ.

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)
-	-

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

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

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): _____

(указать каких)

* Заполняется для организаций.

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

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 _____
(период)

Установленный срок представления расчета _____ 25
(дата)

Расчет представлен _____ 20 _____, не представлен (ненужное зачеркнуть);

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИЙ ЦЕНТР "МОСКОВСКИЙ"
(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 _____ - _____ в размере _____ - _____ руб.;

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов, указанных в п.10.1. настоящего акта, в размере _____ - _____ руб.;

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

11.3. не допускать нарушения, указанные в п. 10 акта _____ ;
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11.4. привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИЙ ЦЕНТР "МОСКОВСКИЙ"
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)
к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью _____ - _____ статьи _____ - _____ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ за 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. _____,
(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Перечислить в добровольном порядке,


Приложение: на _____ 1 _____ 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 Государственного учреждения - Калининградское 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 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




(подпись) Л.В. Шпанова
(Ф.И.О.)

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

Директор
(должность) Козынченко Л.К.
(Ф.И.О.)



Место печати плательщика страховых взносов

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

Директор МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИЙ ЦЕНТР

"МОСКОВСКИЙ" Козынченко Людмила Кузьминична

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


(подпись)

04.05.2017
(дата)

(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 камеральную 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.