

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.

№ 358

Нами (мною), Шпановой Людмилой Валерьевной - главным специалистом-ревизором отдела проверок

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

Государственного учреждения – Калининградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка 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 (далее – страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя 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 территориальном органе страховщика

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.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2014	80.10.3: Дополнительное образование детей	1	0,2	нет / нет
2015	80.10.3: Дополнительное образование детей	1	0,2	нет / нет
2016	80.10.3: Дополнительное образование детей	1	0,2	нет / 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 236004, К.Назаровой ул, д. 59, Калининград г, Калининградская обл.
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 06.03.2017г., окончена 04.05.2017г.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от

№

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением _____
(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)
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 являлись:

Директор	Козынченко Людмила Кузьминична
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Шкурина Елена Александровна
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

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

следующих документов:

учредительные, кассовые и банковские документы - выборочно, штатное расписание, приказы, расчетно-платежные ведомости по заработной плате, табели учета рабочего времени, 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 _____
Не выявлены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

В соответствии с информационным письмом Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Калининградской области основным видом деятельности МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ДЕТСКО-ЮНОШЕСКИЙ ЦЕНТР "МОСКОВСКИЙ" в проверяемом периоде являлся «Дополнительное образование детей» (ОКВЭД 80.10.3); В соответствии с Правилами отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2005 № 713 (в ред. Постановления Правительства РФ от 17.12.2010 № 1045, от 31.12.2010 № 1231) страхователю установлен 1 класс профессионального риска, что соответствует страховому тарифу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в размере 0,2 процента к начисленной оплате труда по всем основаниям (доходу) застрахованных лиц.

Заявленный страхователем в отделение Фонда основной вид экономической деятельности в 2014г., 2015г., 2016г. для установления класса профессионального риска подтверждается документами, представленными за соответствующие годы.

Расходование средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний не производилось.

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

* Заполняется для организаций.

Исчисление и уплата страховых взносов на обязательное социальное страхования от несчастных случаев производилось в соответствии с законодательством РФ.

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов 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)

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 в установленном порядке:

(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 _____

(период)

Установленный срок представления расчета _____ 25 _____

(дата)

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

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

(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 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 за _____
(период)

в размере _____ руб.;

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

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

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. исчисление и уплату страховых взносов производить в строгом соответствии с законодательством РФ; (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 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. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за _____

(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) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в ГУ - Калининградского регионального отделения Фонда социального страхования РФ

(наименование территориального органа страховщика)

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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку



(подпись)

Л.В. Шпанова

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

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

Директор

(должность)

(подпись)

Козынченко Л.К.

(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с _____ 1 _____ приложениями на _____ 1 _____ листах получил.

(количество)

Директор МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ 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)

(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
выездную проверку)

(дата)

Примечание. Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, 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 страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.