РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000
Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07
e-mail: info@ro31.fss.ru

_____ № _____

На № _____ от _____

Акт
выездной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от 02.04.2018г. (дата) № 116

Нами (**мною**), **Карнауховым А.Л., главным специалистом – ревизором**
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)
отдела проверок Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

провел (а) **выездную проверку правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, страхователя**
МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»
(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	3104112640
Код подчиненности	31001
Код ИФНС	МИФНС РФ № 1 по Белгородской области
ИНН	3111002640
КПП	311101001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**РФ, г. Белгородская область, г. Бирюч, ул. Красная, д.7 «в»**

за период с 05.05.2015г. по 30.06.2015г.

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», ст. 26 Федерального Закона от 24.07.1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и иными нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки территория проверяемого лица
(территория проверяемого лица либо места территориального органа страховщика)

1.2. Выездная проверка начата 20.02.2018г. (дата), окончена 22.02.2018г. (дата).

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

--- (Ф.И.О.) от --- (дата) № ---

выездная проверка была приостановлена с --- (дата)

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

--- (Ф.И.О.) от --- (дата) № ---

выездная проверка была возобновлена с --- (дата)

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

Директор (наименование должности) Свистунов А.В. (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер (наименование должности) Белозерова О.А. (Ф.И.О.).

1.4. Выездная проверка проведена сплошным (сплошным, выборочным) методом проверки представленных следующих документов:
справки, заявления, приказы, расчеты пособий, лицевые счета, табеля учета рабочего времени, другие бухгалтерские документы.
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.5. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:
---.
(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с --- (дата) по --- (дата),
акт выездной проверки от --- (дата) № ---

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

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

2. Настоящей проверкой установлено:

(указываются конкретные нарушения)

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме --- рублей --- коп.

3. По результатам настоящей проверки

предлагается:

3.1.Возместить страхователю сумму___----------_____рублей__----------_____коп.

3.2. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме_____----------_____рублей--------_____коп.

3.3. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, либо не подтвержденные
документами в установленном порядке, в сумме _____---------- _____ Рублей, в том числе:

_____---------- _____---------- г. _____---------- _____ рублей

_____---------- _____---------- г. _____---------- _____ рублей

(месяц и год, в котором произведены
расходы, не принятые к зачету)

всего: _____---------- _____ рублей (приложение № 1 к акту), в том числе:

доначислить страховые взносы в сумме_____---------- рубля_____---------- _____коп.

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

Государственное учреждение – Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: ***г. Белгород, Народный бульвар, д.53***

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений. В случае направления акта по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводившего проверку	Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)
Главный специалист - ревизор	**МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения»**
(подпись) **Карнаухов А.Л.** (Ф.И.О.)	(подпись) **Свистунов А.В.** (Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с _----------_ приложениями на _----------_ листах получил.

Директор МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»
(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или
Свистунов А.В.
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

_____ (подпись) **2018г.** (дата)

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000
Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07
e-mail: info@ro31.fss.ru

_____ № _____

На № _____ от _____

Акт выездной проверки

от 02.04.2018г. № 116
(дата)

Нами (**мною**), **Карнауховым А.Л., главным специалистом – ревизором**
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

отдела проверок Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения 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 от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя

МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»
(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	**3104112640**
Код подчиненности	**31001**
ИНН	**3111002640**
КПП	**311101001**
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**РФ, Белгородская область, г. Бирюч, ул. Красная, д. 7 «в»**

за период с **05.05.2015г.** по **31.12.2017г.**

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКОНХ/ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2015	**88.10**	**1**	**0,2%**	
2016	**88.10**	**1**	**0,2%**	
2017	**88.10**	**1**	**0,2%**	

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

2. Выездная проверка начата 20.02.2018г., окончена 22.02.2018г.
(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 --- № ---
(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	Свистунов А.В.
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Белозерова О.А.
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

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

следующих документов:
заявления, приказы, распоряжения, табеля учета рабочего времени,
лицевые счета, расходные ордера, главная книга, платежные ведомости, справки и др.
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:
---.
(указываются виды не представленных 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 об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации: ***В ноябре 2016г. работником МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» гр. Сохиным В.М. в бухгалтерию страхователя был представлен авансовый отчет № 30 от 30.11.2016г. о произведенных им расходах при нахождении в командировке в период с 24.10.2016г. по 28.10.2016г. в г. Белгород (командировочное удостоверение № 4 от 24.10.2016г.)***

---

* Заполняется для организаций.

Однако при проверке указанные документы гр. Сохиным В.М. были представлены с нарушениями Федерального Закона № 402 от 06.12.2011г. «О бухгалтерском учете» и было произведено занижение сумм выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц, на которые начисляются страховые взносы в соответствии со ст. 7 Федерального закона от 24 июля 2009г. № 212 –ФЗ, и п. 1 ч.1 ст. 9 ФЗ № 212 от 24.07.2009г.

В ноябре 2016г. работником МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» гр. Поляковой А.Н. в бухгалтерию страхователя был представлен авансовый отчет № 29 от 30.11.2016г. о произведенных ей расходах при нахождении в командировке в период с 24.10.2016г. по 28.10.2016г. в г. Белгород (командировочное удостоверение № 5 от 24.10.2016г.)

Однако при проверке указанные документы гр. Поляковой А.Н. были представлены с нарушениями Федерального Закона № 402 от 06.12.2011г. «О бухгалтерском учете» и было произведено занижение сумм выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц, на которые начисляются страховые взносы в соответствии с п. 1 ч.1 ст. 20.2 ФЗ № 125 от 24.07.1998г.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
ноябрь 2016г.	**5648,00**

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
ноябрь 2016г.	**11,30**

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:

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (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 25.01.2018г..

(дата)

Расчет представлен 15.01.2018г., не представлен (ненужное зачеркнуть);

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

На основании ст. 26.29 ФЗ № 125 от 24.07.1998г «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» взыскать со страхователя МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» штраф в размере 20 % неуплаченной суммы страховых взносов в сумме 2рублей 26коп за

неполную уплату сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов.
На основании ст. 26.11 ФЗ № 125 от 24.07.1998г. взыскать со страхователя МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» пени в сумме 0рублей 56коп за уплату причитающихся сумм страховых взносов в более поздние по сравнению с установленным Федеральным законом сроки.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Взыскать с ***МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»***:

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

11.1.1. Сумму неуплаченных страховых взносов за **01.11.2016-31.12.2017г.г.** в размере **11,30** руб.;

(период)

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 **0,56** руб.;

11.2. Страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. ----------;

(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

МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом --------- статьи **26.29** Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

за неполную уплату сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов.,

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом ---------- статьи **26.11** Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за ***за уплату причитающихся сумм страховых взносов в более поздние по сравнению с установленным Федеральным законом сроки.***

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на ---------- 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

Государственное учреждение – Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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 территориального органа страховщика, проводивших проверку	**Главный специалист - ревизор**	_____ (подпись)	**Карнаухов А.Л.** (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)	**Свистунов А.В.** (Ф.И.О.)

Место печати плательщика страховых взносов

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

Директор
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)
МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»
Свистунов А.В.
или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

_____ (подпись) _____ 2018г. (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.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000
Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07
e-mail: info@ro31.fss.ru

_____ № _____

На № _____ от _____

А К Т
выездной проверки полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением

от **02.04.2018г.** № **116**
(дата)

Карнаухов А.Л., главный специалист – ревизор
(Ф.И.О., должность лица, проводившего проверку)
Отдела проверок Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

провел(а) выездную проверку полноты и достоверности сведений, представленных страхователями для обеспечения застрахованных лиц страховым обеспечением страхователя

МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»
(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер	**3104112640**
Код подчиненности	**31001**
Код ИФНС	**МИФНС РФ № 1 по Белгородской области**
ИНН	**3111002640**
КПП	**311101001**
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**РФ, Белгородская область, г. Бирюч, ул. Красная, д.7 «в»**

за период с 01.07.2015г. по 31.12.2017г.

Проверка проведена в соответствии с пунктом 17 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, пунктом 16 Положения об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, а также оплаты отпуска застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской

Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденных Постановлением Правительства от 21.04.2011 № 294.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки _____

(**территория проверяемого лица** либо места территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

1.2. Проверка проведена с “ 20 ” 02 2018 г. по “ 22 ” 02 2018 г.

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

--- от --- № ---

(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с --- .

(дата)

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

--- от --- № ---

(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с --- .

(дата)

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

Директор	Свистунов А.В.
(наименование должности)	(Ф.И.О.)
Главный бухгалтер	Белозерова О.А.
(наименование должности)	(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена _____ методом проверки представленных

(**сплошным,** выборочным)

следующих документов:

справки, заявления, приказы, расчеты пособий, лицевые счета, табеля учета рабочего времени, другие бухгалтерские документы.

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

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

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с --- по ---

(дата) (дата)

акт выездной проверки от --- № --- .

(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

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

2. Настоящей проверкой установлено

В связи с неполнотой (недостоверностью) предоставленных страхователем сведений (выбрать нужное):

назначение и выплата пособий в 2015 - 2017 г.г. страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат застрахованным лицам производилась с нарушением:

_____---------- ----------__
(подробно описывается характер выявленных нарушений со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

1 . Возместить страхователю сумму ---------- рублей ----- коп.

Приложение: на ---- листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Государственное учреждение – Белгородское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу **г. Белгород, Народный бульвар, д.53**

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. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводившего проверку	Подпись руководителя организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)
Главный специалист – ревизор	**Директор МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»**
(должность, наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)	(должность, наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)
(подпись) **Карнаухов А.Л.** (Ф.И.О.)	(подпись) **Свистунов А.В.** (Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с -------- приложениями на ----- листах получил.
(кол-во приложений)

Директор

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

МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»

Свистунов А.В.

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

(подпись) 2018г. (дата)

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

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Государственное учреждение -
Белгородское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

Народный бульвар, д. 53, г. Белгород, 308000
Тел. (472-2) 27-03-42, факс (472-2) 33-91-07
e-mail: info@ro31.fss.ru

_____ № _____

На № _____ от _____

Акт выездной проверки

от **02.04.2018г.** № **116**
(дата)

Нами (**мною**), **Карнауховым А.Л., главным специалистом – ревизором**
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

отдела проверок Государственного учреждения – Белгородского регионального отделения 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

МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»
(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов	**3104112640**
код подчиненности	**31001**
ИНН	**3111002640**
КПП	**311101001**
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	**РФ, Белгородская область, г. Бирюч, ул. Красная, д.7 «в»**

за период с **05.05.2015г.** по **31.12.2016г.**

Выездная проверка проведена в соответствии со ст.20 Федерального закона от 03 июля 2016 г. № 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», а также 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 20.02.2018г. (дата), окончена 22.02.2018г. (дата).

3. В соответствии с решением

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

--- (Ф.И.О.) от --- (дата) № ---

выездная проверка была приостановлена с --- (дата)

4. В соответствии с решением ---
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

--- (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)* в проверяемом периоде являлись:

Директор (наименование должности)	Свистунов А.В. (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер (наименование должности)	Белозерова О.А. (Ф.И.О.).

6. Выездная проверка проведена сплошным (сплошным, выборочным) методом проверки представленных следующих документов:
заявления, приказы, распоряжения, табеля учета рабочего времени, лицевые счета, расходные ордера, главная книга, платежные документы, платежные ведомости, справки, своды по заработной плате и др.
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:
---.
(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

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

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

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. **Выявлены**/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

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:

В ноябре 2016г. работником МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» гр. Сохиным В.М. в бухгалтерию страхователя был представлен авансовый отчет № 30 от 30.11.2016г. о произведенных им расходах при нахождении в командировке в период с 24.10.2016г. по 28.10.2016г. в г. Белгород (командировочное удостоверение № 4 от 24.10.2016г.)

Однако при проверке указанные документы гр. Сохиным В.М. были представлены с нарушениями Федерального Закона № 402 от 06.12.2011г. «О бухгалтерском учете» и было произведено

---

* Заполняется для организаций

занижение сумм выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц, на которые начисляются страховые взносы в соответствии со ст. 7 Федерального закона от 24 июля 2009г. № 212 –ФЗ, и п. 1 ч.1 ст. 9 ФЗ № 212 от 24.07.2009г.

В ноябре 2016г. работником МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» гр. Поляковой А.Н. в бухгалтерию страхователя был представлен авансовый отчет № 29 от 30.11.2016г. о произведенных ей расходах при нахождении в командировке в период с 24.10.2016г. по 28.10.2016г. в г. Белгород (командировочное удостоверение № 5 от 24.10.2016г.)

Однако при проверке указанные документы гр. Поляковой А.Н. были представлены с нарушениями Федерального Закона № 402 от 06.12.2011г. «О бухгалтерском учете» и было произведено занижение сумм выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц, на которые начисляются страховые взносы в соответствии со ст. 7 Федерального закона от 24 июля 2009г. № 212 –ФЗ, и п. 1 ч.1 ст. 9 ФЗ № 212 от 24.07.2009г.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
ноябрь 2016г.	**5648,00**

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
ноябрь 2016г.	**163,80**

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. 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 2015-2016г.г.

(период)

Установленный срок представления расчета 25.01.2017г.

(дата)

Расчет представлен 16.01.2017г., не представлен (ненужное зачеркнуть);

10.1.4. Другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

На основании ч.1 ст. 47 ФЗ № 212 от 24.07.2009г. "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" взыскать со страхователя МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» штраф в размере 20 % неуплаченной суммы страховых взносов в сумме 32рублей 76коп за не полную уплату страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов.

На основании ч.1 ст. 25 ФЗ № 212 от 24.07.2009г. взыскать со страхователя МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» пени в сумме 15рублей 02коп за уплату причитающихся сумм страховых взносов в более поздние по сравнению с установленным Федеральным законом сроки.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Взыскать с ***МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»***

(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 **01.11.2016-31.12.2016 г.г.** в размере **163,80** руб.;
(период)

11.1.2. Пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов, указанных в п. 10.1.4 настоящего акта, в размере **15,02** руб.;

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

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

11.4. Привлечь
МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района»
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Частью **1** статьи **47** Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ за ***неполную уплату сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов, взыскать со страхователя МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» штраф в размере 20 % неуплаченной суммы страховых взносов в сумме 32рублей 76 коп.***
(указывается состав правонарушения)

11.4.2. ----------

Приложение: на ------ 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 ***Государственное учреждение – Белгородское 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** _____ (подпись) **Карнаухов А.Л.** (Ф.И.О.)

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя) — **Директор** (должность) _____ (подпись) ***Свистунов А.В.*** (Ф.И.О.)

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

Директор
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)
МБУСОССЗН «Комплексный центр социального обслуживания населения Красногвардейского района» Свистунов А.В.
или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

_____ (подпись) 2018г. (дата)

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