

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Камчатское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

ул. Ленинская, 56, г. Петропавловск-Камчатский, 683000.
Тел.: (4152) 21-80-88, факс: 21-80-87, E-mail: info@ro41.fss.ru

Приложение № 16
к приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации
от 11.01.2016 № 2
Форма 18-ФСС

Пер. № 4100008845

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ «ДЕТСКИЙ САД № 24
ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА»

Адрес: 683905, ул. Космонавтов, д. 7, г.
Петропавловск-Камчатский, Камчатский край

Акт выездной проверки

от "12" сентября 2019 г.

№ 171 осс-д

(дата)

Мною, Кашаповой Ириной Григорьевной - Старший специалист 2 разряда - ревизор

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

Государственное учреждение-Камчатское 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 БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ДЕТСКИЙ САД № 24 ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА»**,

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

регистрационный номер в органе контроля

за уплатой страховых взносов

4100008845

код подчиненности

41001

ИНН

4100018270

КПП

410101001

адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя

683905, ул. Космонавтов, д. 7, г. Петропавловск-
Камчатский, Камчатский край

за период с 01.01.2016г. 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: территория МБДОУ «ДЕТСКИЙ САД № 24 ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА», ул. Космонавтов, д. 7, г. Петропавловск-Камчатский, Камчатский край

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

2. Выездная проверка начата 13.08.2019г, окончена 12.09.2019г
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

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

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата) (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) (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:

<u>И.о. заведующего</u> (наименование должности)	<u>Чередниченко Н.Н.</u> (Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Дехтярь А. С.</u> (Ф.И.О.)

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

следующих документов: регистры бухгалтерского учета, первичные бухгалтерские и организационно-распорядительные документы по вопросам оплаты труда и прочих выплат в пользу работников, начисления и уплаты страховых взносов, штатное расписание, приказы, заявления, лицевые карточки, банковские документы.
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: Страхователем
представлены документы в полном объеме.

(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: Ранее выездные проверки по данному виду страхования не проводились.

(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:

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)
2016	0,00р.

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016	0,00р.

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

(указать, каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2016	0,00р.

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 числа, следующего за отчетным _____ (дата)

Расчет представлен в сроки, установленные действующим законодательством РФ, ~~не представлен~~ (ненужное зачеркнуть);

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах: нет
(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ДЕТСКИЙ САД № 24 ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА»**:
(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 01.01.2016г. по 31.12.2016г. _____ в размере _____ 0 _____ руб.;;
(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00руб.;

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 **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ДЕТСКИЙ САД № 24 ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕГО ВИДА»**
(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 _____;
(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

(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

Старший специалист 2 разряда - ревизор


(подпись)

Кашапова Ирина Григорьевна
(Ф.И.О.)

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

И.о. заведующего
(должность)

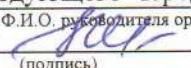

(подпись)

Чередниченко Н.Н.
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с 1 приложениями на 1 листе получил.
(количество) (являются неотъемлемой частью акта)

И.о. заведующего Чередниченко Н.Н.

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

(подпись) 17.09.19
(дата)

И.о. заведующего Чередниченко Н.Н.

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

* Заполняется для организаций.

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

