

18.06.18

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Приложение № 8

К приказу Фонда
социального страхования
Российской Федерации от
25.01.2017г. № 9
Форма 7

Государственное учреждение-
Краснодарское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
Филиал № 11

ул.Набережная, д.8,ст. Ленинградская, 353740
Тел. 86145-7-12-08

Акт выездной проверки

от "26" апреля 2018 г.

№ 54н/с

Мною Чернята Ириной Викентьевной - главным специалистом-ревизором

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

Филиала № 11 Государственного учреждения – Краснодарского 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 АДМИНИСТРАЦИЯ ОКТЯБРЬСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КРЫЛОВСКОГО РАЙОНА

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика 2311412051

Код подчиненности 23111

ИНН 2338010549

КПП 233801001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 352085, РФ, Краснодарский край, Крыловский рн., ст.Октябрьская, ул.Першина, 21

за период с 01.01.2015 по 31.12.2017

год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	класс профессионального риска	размер страхового тарифа	скидка / надбавка
2015	75.11.31: Деятельность органов местного самоуправления районов, городов, внутригородских районов	1	0,2	нет / нет
2016	75.11.32: Деятельность органов местного самоуправления поселковых и сельских населенных пунктов	1	0,2	нет / нет

2017	84.11.35: Деятельность органов местного самоуправления сельских поселений	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
ст. Октябрьская, ул. Першина, 21

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 24.04.2018 г., окончена 26.04.2018 г.
3. В соответствии с решением директора филиала № 11 Государственного учреждения – Краснодарского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации от _____ № _____ выездная проверка была приостановлена с _____.
4. В соответствии с решением директора филиала № 11 Государственного учреждения – Краснодарского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации от _____ № _____ выездная проверка была возобновлена с _____.
5. Должностными лицами организации в проверяемом периоде являлись:

Руководитель - Кузема Алексей Алексеевич
(наименование должности) (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер - Шемет Людмила Николаевна
(наименование должности) (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных следующих документов: главная книга, свод по зарплате, трудовые книжки работников, таблицы учета рабочего времени, штатное расписание, авансовые отчеты, листки нетрудоспособности, расчеты пособий, справки органов ЗАГС, свидетельства о рождении детей, справки с места работы другого родителя, приказы, заявления.

(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 16.11.2017 г. по 17.11.2017 г., акт от 17.11.2017 № 132.
9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены. _____

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Не выявлены нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: страхователем за проверяемый период начислено 38545,10 руб. страховых взносов, перечислено в исполнительный орган фонда 39852,28 руб. Страховые взносы перечислялись не своевременно. За не своевременное перечисление страховых взносов начислено пени в сумме 0,83 руб.

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:

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:

(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 _____.

(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:

(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 АДМИНИСТРАЦИЯ ОКТЯБРЬСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КРЫЛОВСКОГО РАЙОНА:

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за период с 01.01.2015 по 31.12.2017 в размере 0,00 руб.; в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме 0,00 рублей.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,83 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 АДМИНИСТРАЦИЯ ОКТЯБРЬСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ КРЫЛОВСКОГО РАЙОНА к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом ___ статьи _____ Федерального закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

штраф в размере 0,00 руб.

и начислить

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте проверки, а также с выводами и предложениями проверяющего Вы вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 11 Государственного учреждения – Краснодарского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по адресу: 353740, ст. Ленинградская, ул.Набережная, д.8 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 территориального органа страховщика, проводивших проверку



Чернята И.В.

(подпись)

(Ф.И.О.)

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

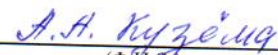
Кузема А.А.



(должность)



(подпись)



(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр акта с _____

приложениями на _____ листах получил:
(количество приложений)