



Место штампа органа контроля за уплатой страховых взносов 10

Акт выездной проверки

от 20.12.2016 (дата)

№ 843

Нами (мною), Торбина Наталья Николаевна - Главный специалист-ревизор (Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

филиал №10 Государственного учреждения - Ставропольского 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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА - ДЕТСКИЙ САД № 15 "ЮСИШКА" ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ

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

регистрационный номер в органе контроля за

уплатой страховых взносов 2623027115

код подчиненности

26231

ИНН

2635820810

КПП

263501001

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 355035, ТУХАЧЕВСКОГО УЛ, д. 26/8, СТАВРОПОЛЬ Г, СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ

за период с 13.05.2013 по 31.12.2015

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

355035, ТУХАЧЕВСКОГО УЛ, д. 26/8, СТАВРОПОЛЬ Г, СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ

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

2. Выездная проверка начата 08.11.2016, окончена 08.11.2016 (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:

Руководитель (наименование должности)	Тарасова Е.В. (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер (наименование должности)	Овчарова Е.В. (Ф.И.О.)

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

следующих документов: своды по заработной плате, журналы-ордера, банковские и кассовые документы, главные книги, лицевые счета, организационно-распорядительные документы, ведомости по начислению заработной платы.

(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. 13.05.2013 страхователь поставлен на учет в филиале №10

2013 год-

-Общий фонд оплаты труда и других выплат, на которые должны начисляться страховые взносы, отраженный в Расчете по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством за 2013 год (Расчет по форме 4 ФСС РФ) составил 5 546 133,41 руб.

Общий фонд оплаты труда и других выплат, на которые должны начисляться страховые взносы согласно проверки — 5 546 133,41 руб.

Страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством начислены в сумме 158 227,89 руб. Страховой тариф составляет 2,9 % . Перечислено страховых взносов 145 766,37руб. Расходы составили 16 975,20руб.

2014 год

- Общий фонд оплаты труда и других выплат, на которые должны начисляться страховые взносы, отраженный в Расчете по форме 4 ФСС РФ) -14 399 166,41руб., При сверке с данными бухгалтерского учета и бухгалтерскими документами установлено расхождение на сумму 261,89 руб. в связи с тем, что в результате настоящей проверки не приняты к зачету расходы, произведенные с нарушением действующего законодательства. За 2014 год следует доначислить страховых взносов в сумме 7 руб.54 коп. Расходы составили 549 229,67 руб. Страхователю возвращено филиалом излишне перечисленных страховых взносов в сумме 35 713,24 руб. Получено от филиала в возмещение произведенных расходов 152 343,18 руб. Перечислено страховых взносов 116 081,00 руб.

2015 год

- Общий фонд оплаты труда и других выплат, на которые должны начисляться страховые взносы, отраженный в Расчете по форме 4 ФСС РФ-10 935 844,50руб. При сверке с данными бухгалтерского учета и бухгалтерскими документами расхождений не установлено. Расходы составили 1 013 341,35 руб. В 2015 году страхователем получено от филиала в возмещение произведенных расходов связи с превышением расходов- 480 113,13 руб.

Остаток задолженности на **01.01.2016** по страховым взносам на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством составил 153 135,63руб. за Фондом

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)
---------------------	-------------------------------------------------------------------

2013 - 2015

261, 89 руб

* Заполняется для организаций.

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2013-2015	7,54 руб.

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других правонарушений (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 _____
(период)

Установленный срок представления расчета _____ не позднее 15-го числа календарного месяца,
следующего за отчетным периодом
(дата)

Расчет представлен _____, 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 БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА - ДЕТСКИЙ САД № 15 "ЮСИШКА" ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ:

_____ (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 _____ 2013-2015 _____ в размере _____ 269,43 _____ руб.;

(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов, указанных в п. 3.1.1

настоящего акта, в размере _____ 14,7 _____ 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 _____

_____ (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 Филиал №10 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения 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



Иванов Иван Иванович - ревизор

[Handwritten signature]
(подпись)

И. И. Иванов
(Ф.И.О.)

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

заверяющий [Handwritten signature]
(должность) *[Handwritten signature]* (подпись) *В.В. Карасев* (Ф.И.О.)

Место печати плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.

заверяющий МБДОУ ЦРР д/с № 15 Карасев ВВ
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

_____ или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)
[Handwritten signature] (подпись) *20.12.2016* (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.