

Форма 18-ФСС

Акт выездной проверки

от 05 июля 2019 года
(дата)

№ 950сс

Мною, Брылевой Верой Владимировной - Главным специалистом ревизором отдела проверок
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Филиала №4 Государственного учреждения - Челябинского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "МАГНИТОГОРСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ"

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

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

7422000265

код подчиненности

74041

ИНН

7446012180

КПП

745601001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица

455030, САНАТОРНАЯ ул, дом 14, кв. -,
МАГНИТОГОРСК г, ЧЕЛЯБИНСКАЯ обл,

за период с 01.01.2016 по 31.12.2016.

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 03.07.2016 №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), 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 455030, САНАТОРНАЯ ул, дом 14, кв. -,
МАГНИТОГОРСК г, ЧЕЛЯБИНСКАЯ обл

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

2. Выездная проверка начата

07.06.2019

(дата)

, окончена

27.06.2019

(дата)



Директор
М.П.

Главный специалист-ревизор Филиала №4ГУ-ЧРО ФССРФ

3. В соответствии с решением

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

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

выездная проверка была приостановлена с _____ г. Выездная проверка не приостанавливалась.
(дата)

4. В соответствии с решением

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

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

выездная проверка была возобновлена с _____ г. Выездная проверка не возобновлялась.

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

Директор
Магнитогорского дома-интерната для
престарелых и инвалидов
(наименование должности)

КАЗАЧКОВА
ОЛЬГА ВАСИЛЬЕВНА
(Ф.И.О.)

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

следующих документов:

- › расчетно-платежные ведомости по начислению заработной платы, своды по заработной плате 2016 год;
- › таблицы учета рабочего времени, графики выходов на работу 2016 год;
- › банковские и кассовые документы 2016 год;
- › авансовые отчеты 2016 год;
- › трудовые книжки работников 2016 год;
- › лицевые счета работников 2016 год;
- › договоры подряда 2016 год;
- › акты выполненных работ по договорам подряда 2016 год;
- › расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (форма-4ФСС) за периоды: I квартал 2016г., I полугодие 2016г., 9 месяцев 2016г., год 2016г.

(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 _____ 01.01.2012г _____ по _____ 31.12.2014г _____,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ 13.04.2015г _____ № _____ 58 _____
(дата)

Заполняется для организаций.

Директор _____
М.П.

Главный специалист-ревизор Филиала №4ГУ-ЧРО ФССРФ _____

9. Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

устранены

(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 Начисление страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством за проверяемый период с 01.01.2016 по 31.12.2016 произведено в соответствии со статьей 12 Закона 212-ФЗ в размере 2,9% на начисленную сумму выплат и иных вознаграждений в пользу физических лиц.

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

Перечисление страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством произведена в соответствии статьи 15 Федерального закона 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". (Приложение №1 «расчет пени»).

(указать каких)

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 01.01.2016 по 31.12.2016 год не установлено.

(период)

Установленный срок предоставления расчета _____.

(дата)

Расчет предоставлен: Представлен, не представлен (ненужное зачеркнуть);

за I квартал 2016г. - 14.04.2016г.;

за полугодие 2016г. - 08.07.2016г.;

за 9 месяцев 2016г. - 12.10.2016г.;

за год 2016г. - 12.01.2017г.

Расчеты предоставлены своевременно.

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

не установлены.

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

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с **ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ "МАГНИТОГОРСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ"** :

(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 01.01.2016г. по 31.12.2016г. в размере 0,00р. ;

(период)

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

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



Главный специалист-ревизор Филиала №4ГУ-ЧРО ФССРФ _____

11.3. _____

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

11.4. привлечь

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ
"МАГНИТОГОРСКИЙ ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ"**

(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 неуплату или неполную уплату сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. _____

Приложение: на 1 листе.

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 №4 ГУ - Челябинского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (г. Магнитогорск, ул. Советской Армии 13, т.23-19-31, 23-19-29)

(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 ОП

(подпись)

Брылева
Вера Владимировна
(Ф.И.О.)

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

Директор
Магнитогорского
дома-интерната для
престарелых и
инвалидов
(должность)

(подпись)

КАЗАЧКОВА
ОЛЬГА
ВАСИЛЬЕВНА
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов.

Экземпляр настоящего акта с 1 приложениями на 4 листах получил.
(количество)

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

(подпись)

(дата)

05.04.2019г

Главный специалист-ревизор Филиала №4 ГУ - ЧРО ФССРФ

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

от получения настоящего акта уклоняется*.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись)

(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 законному 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 путем 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.

Директор

М.П.

Главный специалист-ревизор Филиала №4ГУ-ЧРО ФССРФ