

Государственное учреждение -  
Свердловское региональное отделение  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

Форма 18-ФСС

Филиал № 2

ул. Советская, 93 г. Ирбит  
Свердловской обл., 623851  
телефон, факс 343-55-6-62-34

Акт выездной проверки

от 09.08.2019  
(дата)

№ 427

Мною, Лежниной Ольгой Павловной - главным специалистом-ревизором Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы) (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

на основании статьи 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" 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 АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АЛАПАЕВСКА И АЛАПАЕВСКОГО РАЙОНА"

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

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов

6602404881

код подчиненности

66021

ИНН

6601007280

КПП

667701001

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

624601, ПАВЛОВА ул., д. 23, АЛАПАЕВСК г.,  
СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

за период с 01.01.2016 по 31.12.2016

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

Павлова ул., дом 23, Алапаевск г.

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

2. Проверка проведена с 05.08.2019 по 06.08.2019  
(дата) (дата)

в соответствии с решением директора Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее по тексту - филиал № 2 ГУ-СРО ФСС РФ)

Хаманов Ю.И. от 05.08.2019 № 427  
(Ф.И.О.) (дата)

3. В соответствии с решением

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

от (дата) №  
(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 (дата) №  
(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 (наименование должности)	Денисова Людмила Павловна (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер (наименование должности)	Зуева Регина Вадимовна (Ф.И.О.)

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

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 формы 4-ФСС РФ (далее - Расчет формы 4-ФСС), главные книги, приказы, своды начислений по заработной плате, расчетно-платежные ведомости начислений и удержаний по заработной плате, лицевые счета и карточки учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, банковские документы.

(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 20.06.2016 по 22.06.2016,  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 29.06.2016 № 420.  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены:  
начисленные по результатам предыдущей проверки пени в сумме 15,41 рублей перечислены по платежному поручению от 15.08.2016 № 596.

(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:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
-----	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
-----	0,00

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других правонарушений действий (бездействия): -----

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
-----	0,00

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 -----

Установленный срок представления расчета 25.07.2019.  
(дата)

Расчет представлен 16.07.2019, ~~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 со страхователя ----- :

(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 -----

в размере 0,00 руб.;

(период)

\* Заполняется для организаций.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов, указанных в п. 10.1.4. настоящего акта, в размере 0,00 руб.;

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

11.3. не допускать нарушений нормативно-правовых актов, определяющих перечисление начисленных страховых взносов на осуществление обязательного социального страхования \_\_\_\_\_;

(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 1 статьи 47 Федерального закона от 24 июля 2009 № 212-ФЗ за неуплату сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов путем начисления штрафа в сумме 0,00 рублей.

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. \_\_\_\_\_

Приложение: на 1 листе.

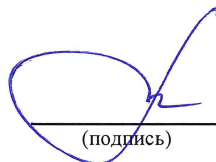
В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения 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.

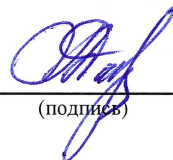
Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа, проводивших проверку

  
(подпись)

Лежнина Ольга Павловна -  
главный специалист-ревизор  
(Ф.И.О.)

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

Директор  
(должность)

  
(подпись)

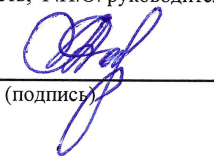
Денисова Людмила  
Павловна  
(Ф.И.О.)

Место печати плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с 1 приложением на 1 листе получил.  
(количество)

Директор Денисова Людмила Павловна

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

  
(подпись)

12. 08. 2019г.  
(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 выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

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





Филиал № 2

ул. Советская, 93 г. Ирбит  
Свердловской обл., 623851  
телефон, факс 343-55-6-62-34

Справка  
о проведенной выездной проверке

от 06.08.2019  
(дата)

№ 427

В соответствии с решением директора Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации Хаманов Ю.И.

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов) (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов) (Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

о проведении выездной проверки от 05.08.2019 № 427  
(дата)

Мною, Лежниной Ольгой Павловной - главным специалистом-ревизором Филиала № 2 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку) (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

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 АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АЛАПАЕВСКА АЛАПАЕВСКОГО РАЙОНА"

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

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов

6602404881

код подчиненности

66021

ИНН

6601007280

КПП

667701001

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

624601, ПАВЛОВА ул., д. 23, АЛАПАЕВСК г.,  
СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТЬ

за период с 01.01.2016 по 31.12.2016  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 05.08.2019  
(дата)

проверка окончена 06.08.2019  
(дата)

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор  
(должность)

(подпись)

Лежнина Ольга Павловна  
(Ф.И.О.)

06.08.2019  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Директор Денисова Людмила Павловна

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

(подпись)

06.08.2019  
(дата)

Место печати плательщика страховых взносов