

**АКТ
выездной проверки**

от 06.02.2020
(дата)

№ 2

Мною, Полосиновой Дианой Абдуловной - Главным специалистом-ревизором

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы²)

Филиала № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации,

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ» СТАНИЦЫ ЕССЕНТУКСКОЙ,**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2610024003

Код подчиненности

26081

ИНН³

2618010005

КПП⁴

261801001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 357350, РФ, Ставропольский кр., Предгорный р-н, Станица Ессентукская, ул.Мичурина, д.6

за период с 01.01.2017г. по 31.12.2019 г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2017	85.41	1	0,2	нет
2018	85.41	1	0,2	нет
2019	85.41	1	0,2	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 357350, РФ, Ставропольский кр., Предгорный р-н, Станица Ессентукская, ул.Мичурина, д.6

(территория проверяемого лица либо места территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 09.01.2020, окончена 05.02.2020
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением⁵

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____

(дата)

4. В соответствии с решением⁵ _____(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.)

от _____

(дата)

№ _____

выездная проверка была возобновлена с _____

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись⁶:

Руководитель

(наименование должности)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

ШВИДУНОВА ТАТЬЯНА ПАВЛОВНА

(Ф.И.О.)

Не предусмотрен

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных следующих документов: 1) Учредительные документы (устав и (или) учредительный договор, положение), коллективный договор, положение о премировании, положение об оплате труда, штатное расписание на 2017, 2018, 2019 год, приказы по личному составу, приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период), приказы по организации работ, выплата заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений, договоры гражданско – правового характера, акты выполненных работ, документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, заработная плата (книга по начислению заработной платы, приказы, табеля учета рабочего времени, расчетно — платежные ведомости по начислению заработной платы, своды начислений и удержаний, справки о доходах физического лица (форма -2-НДФЛ) сотрудников за 2017 - 2019 г.г., карточки формы Т-2 за 2017-2019г. г.), трудовые договоры с физическими лицами.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:⁷ _____

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____

01.01.2012

по

31.12.2014 г. ,

(дата)

(дата)

акт выездной проверки от _____

15.10.2015 г.

№ _____

216 н/с

*,

(дата)

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. выявлены/не—выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

При проверке документов, подтверждающих суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, установлено, что не верно произведено начисление листов нетрудоспособности по обязательному социальному страхованию в сумме 57555,92 руб., в связи с чем расходы не являются обязательным страховым обеспечением по обязательному социальному страхованию и не могут быть отнесены к выплатам, уменьшающим базу для начисления страховых взносов, т.к. к ним не применимы положения пункта 1 части 1 статьи 20.2 Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:⁹

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
Февраль 2017 г.	1000,00
Июнь 2017 г.	7270,21
Октябрь 2017 г.	-1538,60
Декабрь 2017 г.	-17866,00
Январь 2018 г.	-1000,00

Апрель 2018 г.	62117,79
Май 2018 г.	-58554,73
Июнь 2019 г.	-884,29
Июль 2019 г.	1219,62
Август 2019 г.	-14013,73
Сентябрь 2019 г.	42150,42
Октябрь 2019 г.	-261,54
Декабрь 2019 г.	57555,92

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Февраль 2017 г.	2;
Июнь 2017 г.	14,54
Октябрь 2017 г.	-3,08
Декабрь 2017 г.	-35,73
Январь 2018 г.	-2
Апрель 2018 г.	124,23
Май 2018 г.	-117,11
Июнь 2019 г.	-1,76
Июль 2019 г.	2,44
Август 2019 г.	-28,03
Сентябрь 2019 г.	84,30
Октябрь 2019 г.	-0,52
Декабрь 2019 г.	115,11

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия):⁹ _____

(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:⁹ _____

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
	0

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)

1 за _____,⁹
(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:⁹

(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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ» СТАНИЦЫ ЭССЕНТУКСКОЙ _____;
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за _____ (период)

в размере _____ руб.;⁹

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд
в сумме 0 рублей.⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 3,55 руб.;⁹

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;⁹

11.3. _____,⁹

(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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДЕТСКАЯ
ШКОЛА ИСКУССТВ» СТАНИЦЫ ЭССЕНТУКСКОЙ**

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом _____ статьи 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

Неполную уплату страховых взносов из-за занижения облагаемой базы, взыскать штраф в размере 20
процентов неуплаченной суммы страховых взносов, в размере 30,82 руб.

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и
предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня
получения настоящего акта в

Филиал № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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.

Подпись должностных лиц территориального
органа страховщика, проводивших проверку



Полоснинова Диана
Абдуловна - Главный
специалист-ревизор
(подпись) (Ф.И.О.)

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

Директор
(должность)

(подпись)

ШВИДУНОВА
ТАТЬЯНА
ПАВЛОВНА
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
страхователя

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

Директор ШВИДУНОВА ТАТЬЯНА ПАВЛОВНА

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

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

Директор ШВИДУНОВА ТАТЬЯНА ПАВЛОВНА

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

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, 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 акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.¹¹

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае непредставления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹¹ Пункт 4 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».



Место штампа территориального органа страховщика

**Справка
о проведенной выездной проверке страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 05.02.2020
(дата)

№ 2

В соответствии с решением директора филиала № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

С.А.Ковалева
(Ф.И.О.¹ руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 09.01.2020 № 2
(дата)

Полосиновой Дианой Абдуловной - Главным специалистом-ревизором
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Филиала № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ» СТАНИЦЫ ЕССЕНТУКСКОЙ
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2610024003</u>
Код подчиненности	<u>26081</u>
ИНН ²	<u>2618010005</u>
КПП ³	<u>261801001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>357350, РФ, Ставропольский кр., Предгорный р-н, Станица Ессентукская, ул.Мичурина, д.6</u>

за период с 01.01.2017 по 31.12.2019
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата _____ 09.01.2020 _____
(дата)
проверка окончена _____ 05.02.2020 _____
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

(должность) _____ Полоснинова Диана Абдуловна _____
(подпись) (Ф.И.О.)

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на _____ листах получил

Директор МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ» СТАНИЦЫ ЭССЕНТУКСКОЙ ШВИДУНОВА ТАТЬЯНА
ПАВЛОВНА

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

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись) _____ 05.02.2020 _____
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ» СТАНИЦЫ ЭССЕНТУКСКОЙ ШВИДУНОВА ТАТЬЯНА
ПАВЛОВНА

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

от получения настоящей справки уклоняется.⁴

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.⁵

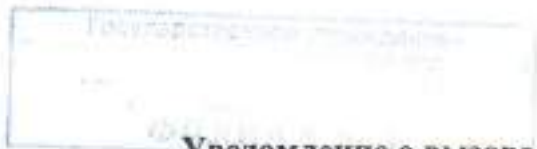
¹ Отчество заполняется при наличии.

² Идентификационный номер налогоплательщика.

³ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁴ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.

⁵ Пункт 23 статьи 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».



Уведомление о вызове плательщика страховых взносов

от "6" февраля 2020 г
(дата)

№ 2

С.А.Ковалев Директор филиала № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(Ф.И.О., должность, наименование территориального органа страховщика)

в соответствии с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» вызывает страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ» СТАНИЦЫ ЭССЕНТУКСКОЙ

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика (код подчиненности)

2610024003 (26081)

ИНН

2618010005

КПП

261801001

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 357350, РФ, Ставропольский кр., Предгорный р-н, Станица Эссентукская, ул.Мичурина, д.6

в Филиал № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: 357700, РФ, Ставропольский край, г.Кисловодск, ул.Боргустанская, д.47 А

(место нахождения территориального органа страховщика и № комнаты)

02.03.2019 г. В 10.00 часов

(указать день и время *)

(указать подробное описание цели вызова страхователя)

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(подпись)

С.А.Ковалев
(Ф.И.О.)

Телефон: 88793779081

Место печати территориального органа страховщика

Уведомление о вызове страхователя получил **.

ШВИДУНОВА ТАТЬЯНА ПАВЛОВНА, директор

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

(подпись)

(дата)

* При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.

** Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.