

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственного учреждения – регионального
отделения

Фонда социального страхования
Российской Федерации
по Республике Крым
Филиал № 3

ул. Горького, д. 16г, г. Евпатория, 297412
Телефон: 0(36569) 2-87-85

Приложение № 16
к приказу Фонда социального
страхования Российской
Федерации
от 11.01.2016 № 2

Форма 18-ФСС

Акт выездной проверки

от «19» августа 2016г.
(дата)

№ 57

Мною Семанченкова Наталия Михайловна- Главный специалист-ревизор
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Филиал № 3 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации по Республике Крым

(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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «ЕВПАТОРИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

(регистрационный номер в органе контроля за

уплатой страховых взносов

9103000862

код подчиненности

91031

ИНН

9110006562

КПП

911001001

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального 297403, ул.Некрасова, д. 94,, г.Евпатория,
предпринимателя, физического лица Республика Крым

за период с 11.12.2014 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 территория проверяемого лица

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

2. Выездная проверка начата 24.05.2016, окончена 15.07.2016
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

Директора

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

выездная проверка была приостановлена с от №
(дата)

4. В соответствии с решением Директора

(должность руководителя органа контроля за уплатой страховых взносов)

выездная проверка была возобновлена с от №

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

Главный врач
Главный бухгалтер
(наименование должности)

ФЕНЕНКО ВИКТОР ВАСИЛЬЕВИЧ
- Мамбетова Гульнара
(Ф.И.О.)

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

следующих документов: уставные документы, сводные ведомости по начислению заработной платы (помесечно), платежные ведомости на выплату заработной платы (помесечно), штатное расписание, платежные поручения по перечислению страховых взносов, положение о заработной плате, положение о премировании, карточки индивидуального учета начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, банковские документы, приказы по предприятию, лицевые счета работников, табели учета использования рабочего времени.

(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 не проводилась.

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. выявлены 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)
Ноябрь 2015	23674,00
Итого	23674,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Ноябрь 2015	686,56
Итого	686,56

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

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 2014 год (период)

Установленный срок представления расчета 20.01.2015

Расчет не представлен;

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах: п5. ст.15, п.1 ч.2 ст.28 Закона № 212-ФЗ Нарушение срока уплаты страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «ЕВПАТОРИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

(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 ноябрь 2015г. в размере 686,56 руб.;

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 4,00руб.

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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «ЕВПАТОРИЙСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

(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 неполную уплату сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов, иное неправильное исчисление страховых взносов в размере 20 процентов неуплаченной суммы страховых взносов (686,56*20%= 137,31 руб.)

частью 1 статьи 46 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ За непредставление расчета по форме- 4 ФСС за 2014год в виде штрафа в сумме 1000,00 руб. (указывается состав правонарушения)

Приложение: на 2 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 № 3 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым

(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
(должность)


(подпись)

Семанченкова
Наталья
Михайловна.
(Ф.И.О.)

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

Главный врач
(должность)


(подпись)

ФЕНЕНКО ВИКТОР
ВАСИЛЬЕВИЧ
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с 1 приложениями на 2 листах получил.

(количество)

Фененко Виктор Васильевич

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

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


(подпись)

(дата)

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

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.

* Заполняется для организаций.

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

