

Форма 18-ФСС

ФИЛИАЛ №2 ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ – ВОРОНЕЖСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РФ, г.Воронеж, ул.Станкевича, д.43 (473) 260-62-78

Акт выездной проверки

от 23.10.2017
(дата)

№ 623осв

Нами (мною), Масловой Валентиной Ивановной - главным специалистом –
уполномоченным

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

филиала №2 Государственного учреждения - Воронежского 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

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ «ГВОЗДЕВСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»**

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

регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

3625000197

код подчиненности

36021

ИНН

3625003561

КПП

362501001

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

396038, ДОНСКАЯ УЛ, д. ДОМ 1, РУССКАЯ
ГВОЗДЕВКА С, РАМОНСКИЙ Р-Н,
ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛ.

за период с 01.01.2014 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", 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 396038, ДОНСКАЯ УЛ, д. ДОМ 1, РУССКАЯ
ГВОЗДЕВКА С, РАМОНСКИЙ Р-Н, ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛ.

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

2. Выездная проверка начата 18.10.2017, окончена 23.10.2017
(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 - ЩЕРБАТЫХ АЛЕКСЕЙ АЛЕКСЕЕВИЧ,
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер - Мозгова О.Н.
(наименование должности) (Ф.И.О.)

С 29.07.2017 и по настоящее время исполняющий обязанности директора Гузеев Александр Алексеевич.

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

следующих документов: главная книга, сводные ведомости по начислению заработной платы, положение об оплате труда и премировании, авансовые отчеты, банковские документы, приказы, лицевые счета, карточки ф. Т-2 работников и др.

(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 26.08.2014 по 29.08.2014,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 29.08.2014 № 266.
(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 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)

1. В соответствии с частью 1 статьи 8 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ база для начисления страховых взносов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством для плательщиков-организаций определяется как сумма выплат и иных вознаграждений, предусмотренных ч. 1 ст. 7 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ, начисленных плательщиками страховых взносов за расчетный период в пользу физических лиц в рамках трудовых

отношений, за исключением сумм, указанных в статье 9 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ.

2. В соответствии с частью 2 статьи 12 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ в Фонде социального страхования Российской Федерации применяется тариф для начисления страховых взносов равный 2,9 процента за исключением случаев, предусмотренных пунктом 2.1 настоящей части.

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ «ГВОЗДЕВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ» является плательщиком страховых взносов, применяющий основной тариф для начисления страховых взносов.

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (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 _____
(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 БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ «ГВОЗДЕВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»:

(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 01.01.2014 – 31.12.2016 в размере _____ руб.;

(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,80 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:

11.4.2. -

Приложение: на 2 листах является неотъемлемой частью акта.

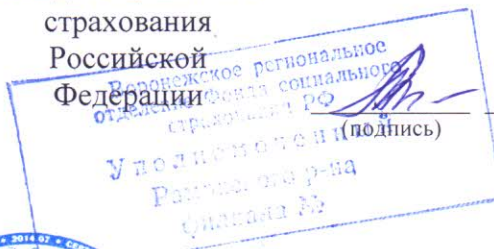
В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал №2 ГУ - Воронежского РО Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу РФ, г.Воронеж, ул.Ленинградская, д.2., каб. 5 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.

Главный специалист-уполномоченный филиала №2 ГУ - Воронежского РО Фонда социального страхования Российской Федерации

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



В.И.Маслова (Ф.И.О.)

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



Тузев А.А. (подпись) Тузев А.А. (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с _____ приложением на _____ 6 _____ листах получил. (количество)



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

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

23.10.2017 (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.

* Заполняется для организаций.