

Акт выездной проверки

№ 289

Мною Лузик Валентиной Дмитриевной - Главным специалистом - ревизором
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)
ГУ – Ивановского регионального отделения Фонда социального страхования РФ
(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 взносов
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
«ИВАНОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»
(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)
регистрационный номер в органе контроля за уплатой
страховых взносов 3701000625
код подчиненности 37001
ИНН 3728015390
КПП 370201001
адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства 153002, КАЛИНИНА УЛ, д. 50, ИВАНОВО Г,
индивидуального предпринимателя, физического лица ИВАНОВСКАЯ 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, КАЛИНИНА УЛ, д. 50, ИВАНОВО Г,
(территория проверяемого лица либо место нахождения
органа контроля за уплатой страховых взносов)

2. Выездная проверка начата 06.03.2017, окончена 06.03.2017
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением
Заместитель управляющего
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
Н. В. Косарева от « 6 » марта 2017 г. № 286
(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:

Директор Епринцев Игорь Иванович
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер Крыкова Ирина Валериановна
(наименование должности) (Ф.И.О.)

* Заполняется для организаций.

6. Выездная проверка проведена методом проверки представленных (сплошным, выборочным) следующих документов: сводные ведомости по начислению заработной платы.

(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 по , (дата) (дата)

акт выездной проверки от № . (дата)

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~~/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)

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

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

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 : (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 руб.; (период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов, указанных в п. 3.1.1 настоящего акта, в размере 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:

11.4.1. частью _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ за

_____ (указывается состав правонарушения)



11.4.2. _____

Приложение: на _____ - _____ 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 ГУ – Ивановское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

_____ (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		Лузик Валентина Дмитриевна (Ф.И.О.)
		(подпись)	
Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)	Директор (должность)		Епринцев Игорь Иванович (Ф.И.О.)
		(подпись)	

Место печати плательщика страховых взносов



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

директор Епринцев Игорь Иванович

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

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


(подпись)

15.03.2017г
(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.

Исп. Лузик Валентина Дмитриевна
Тел. 93-29-81