

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

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

от 23 августа 2019г.
(дата)

№ 47 н/с

В соответствии с решением заместителя управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Барановой Татьяны Валерьевны от « 22 » августа 2019г. № 2208 Максимовой Зоей Юрьевной - главным специалистом-ревизором Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации 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 **МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР"**,

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

7616075789

код подчиненности

76001

ИНН

7616008747

КПП

761601001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства 152240, Красноармейская ул, д. 8, Гаврилов-Ям г,
индивидуального предпринимателя, физического лица Ярославская обл

за период с 01.01.2016г. по 31.12.2018г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 22.08.2019г.
(дата)

проверка окончена 23.08.2019г.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Максимова Зоя Юрьевна - главный
специалист-ревизор
(должность)


(подпись)

Максимова Зоя Юрьевна
(Ф.И.О.)

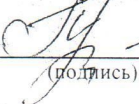
23.08.2019г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2-х листах получил.

Директор муниципального учреждения дополнительного образования «Информационно-методический центр»
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

Прялочникова Светлана Александровна

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


(подпись)

23 августа 2019г.
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

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

от получения настоящей справки уклоняется *.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

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

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

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

Акт выездной проверки

от 23 августа 2019г.
(дата)

№ 47н/с

Мною, Максимовой Зоей Юрьевной - главным специалистом-ревизором Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации 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 (далее – страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР",

регистрационный номер в территориальном органе страховщика

7616075789

код подчиненности

76001

ИНН

7616008747

КПП

761601001

адрес места нахождения организации (обособленного

подразделения)/адрес постоянного места жительства 152240, Красноармейская ул, д. 8, Гаврилов-Ям г,

индивидуального предпринимателя, физического лица Ярославская обл

за период с 01.01.2016г. по 31.12.2018г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2016	Обучение в образовательных дополнительного профессионального образования (повышение квалификации) для специалистов, код по ОКВЭД-80.22.22	1	0,2	нет/ нет
2017	Образование профессиональное дополнительное, кол по ОКВЭД-85.42	1	0,2	нет/ нет
2018	Образование профессиональное дополнительное, кол по ОКВЭД-85.42	1	0,2	нет/ нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998г. №125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки 152240, Красноармейская ул, д. 8, Гаврилов-Ям г, Ярославская обл.

2. Выездная проверка начата 22.08.19г., окончена 23.08.19г.
(дата) (дата)

на основании решения заместителя управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Барановой Татьяны Валерьевны от « 22 » августа 2019г. № 2208.

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от

№

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

_____ (Ф.И.О.) от _____ (дата) № _____
(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

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)

Прялочникова Светлана Александровна
(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер
(наименование должности)

Сигова Елена Борисовна
(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена проведена сплошным методом следующих документов: сводных ведомостей по начислению заработной платы; документов по уплате страховых взносов; расчетов 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 (ф. 4). Выборочно проверены документы, регламентирующие выплату заработной платы, приказы, трудовые договоры, трудовые книжки работников, табели учета рабочего времени, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов, регистры бухгалтерского учета, в том числе по счетам: касса, расчеты с персоналом по оплате труда, расчеты по социальному страхованию и обеспечению, авансовые отчеты.

7. В ходе выездной проверки были представлены все документы:

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ 05 декабря 2014г. _____ по _____ 08 декабря 2014г. _____,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ 08 декабря 2014г. _____ № _____ 52
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены.

10. Настоящей проверкой установлено:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР" является плательщиком страховых взносов в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Среднесписочная численность на 31.12.2018г. составляет 5 человек.

	2016г.	2017г.	2018г.
Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые начисляются страховые взносы.	1262210,44	1059871,31	1085437,71
Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые не начисляются страховые взносы.	294782,74	280137,82	25153,48

Начисления страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний произведены по установленному тарифу.

При проверке правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения нарушений не выявлено.

Выборочным методом проверено своевременное начисление страхователем пособий по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а так же их выплаты получателям в установленные законодательством сроки.

Нарушений не выявлено.

* Заполняется для организаций.

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

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
01.01.2016г.-31.12.2018г.	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
01.01.2016г.-31.12.2018г.	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)
01.01.2016г.-31.12.2018г.	0,00

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 в установленном порядке:

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
01.01.2016г.-31.12.2018г.	0,00

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета 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(далее – расчет)

за 01.01.2016г. – 31.12.2018г.
(период)

Установленный срок представления расчета _____ в соответствии со ст. 24 Федерального закона от 24.07.1998г. №125-ФЗ
(дата)

Расчет представлен _____ в установленный законодательством срок, не представлен (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

В результате неполного выполнения требований статьи 22 Федерального закона от 24.07.1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователем несвоевременно перечислялись страховые взносы, в связи с чем были начислены пени, образовавшиеся в результате уплаты страховых взносов в более поздние по сравнению с установленными сроками, в сумме **2,25 рублей**.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с Муниципального учреждения дополнительного профессионального образования «Информационно-методический центр»:

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2016г. – 31.12.2018г.
(период)

в размере 0,00 руб.;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд
в сумме 0,00 рублей.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 2,25 руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. привлечь Муниципальное учреждение дополнительного профессионального образования «Информационно-методический центр»

к ответственности, предусмотренной:

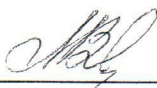
11.3.1. пунктом _____ статьи 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ за неуплату сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов предусмотрено взыскание штрафа в размере 20% неуплаченной суммы страховых взносов в сумме 0,00 руб.

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 Государственное учреждение - Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации 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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку


(подпись)

Максимова Зоя Юрьевна - главный специалист-ревизор
(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

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

Директор
(должность)


(подпись)

Прялочникова
Светлана
Александровна
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

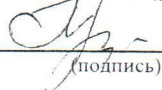
Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.
(количество)

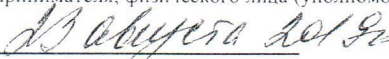
Директор Муниципального учреждения дополнительного профессионального образования «Информационно-методический центр»

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

Прялочникова Светлана Александровна

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


(подпись)


(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 страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, 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.