

Справка

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

от 27.06.2018г.
(дата)

№ 509н/с

В соответствии с решением И.о. зам. управляющего отделением - начальник отдела СПР

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Тахтамышева С.А.

(Ф.И.О. <1> руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от **«19» июня 2018 г. № 509н/с**

Глазырина Оксана Евгеньевна - Главный специалист

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика и налогового органа, 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 «ЦЕНТР КУЛЬТУРЫ И ДОСУГА»

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

7000003754

Код подчиненности

70001

ИНН <2>

7007007946

КПП <3>

700701001

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

636460, КИРОВА УЛ, д. 21, корп. ---, ---, КОЛПАШЕВО Г,
КОЛПАШЕВСКИЙ Р-Н, ТОМСКАЯ ОБЛ

за период с

01.01.2015 г.

по

31.12.2016 г.

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 19.06.2018г. проверка окончена 27.06.2018г.

(дата)

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист

(должность)

Глазырина Оксана Евгеньевна

(подпись)

Глазырина Оксана Евгеньевна

(Ф.И.О.)

27.06.2018г.

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

ИВЧЕНКО КАРИНА АНДРЕЕВНА

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

27.06.2018 г.

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

ИВЧЕНКО КАРИНА АНДРЕЕВНА

(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 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.

<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

**Справка
о проведенной выездной проверке**

от 27.06.2018

(дата)

№ 509 /Н

В соответствии с решением И.о. зам. управляющего отделением - начальник отдела СПР Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации Тахтамышева С.А.

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов) (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов) (Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

о проведении выездной проверки от "19" июня 2018 г № 509 /Н
(дата)

Глазырина Оксана Евгеньевна - Главный специалист

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля уплаты страховых взносов)

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 **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР КУЛЬТУРЫ И ДОСУГА»**

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

Регистрационный номер в органе контроля за уплатой

страховых взносов

7000003754

Код подчиненности

70001

ИНН

7007007946

КПП

700701001

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

636460, КИРОВА УЛ, д. 21, корп. ---, ---, КОЛПАШЕВО
Г, КОЛПАШЕВСКИЙ Р-Н, ТОМСКАЯ ОБЛ

за период с 01.01.2015 по 31.12.2016
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки: проверка начата 19.06.2018 г. проверка окончена 27.06.2018 г.
(дата) (дата)

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов, проводивших выездную проверку:

Главный специалист

(должность)

(подпись)

Глазырина Оксана Евгеньевна

(Ф.И.О.)

27.06.2018 г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил
Руководитель ИВЧЕНКО КАРИНА АНДРЕЕВНА

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

27.06.2018 г.

(дата)

Место печати плательщика
страховых взносов

Руководитель ИВЧЕНКО КАРИНА АНДРЕЕВНА

(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 плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.

**Справка
о проведенной выездной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по
обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с
материнством**

от 27.06.2018г.
(дата)

№ 509 /Р

В соответствии с решением

И.о. зам. управляющего отделением - начальник отдела СПР

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Тахтамышева С.А.

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от "19" июня 2018 г. № 509 /Р

Глазырина Оксана Евгеньевна - Главный специалист

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР КУЛЬТУРЫ И ДОСУГА»

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

регистрационный номер в территориальном

органе страховщика

7000003754

Код подчиненности

70001

ИНН

7007007946 ,

КПП 700701001 ,

Адрес места нахождения организации (обособленного

подразделения)/адрес постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя, физического лица

636460, КИРОВА УЛ, д. 21, корп. ---, ---, КОЛПАШЕВО Г,
КОЛПАШЕВСКИЙ Р-Н, ТОМСКАЯ ОБЛ

за период с

01.01.2015г.

по

31.12.2016г.

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 19.06.2018г. проверка окончена 27.06.2018г.

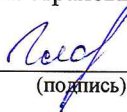
(дата)

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист

(должность)



(подпись)

Глазырина Оксана Евгеньевна

(Ф.И.О.)

27.06.2018г.

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

ИВЧЕНКО КАРИНА АНДРЕЕВНА

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

Место печати (при наличии)
страхователя

27.06.2018 г.

(дата)

Руководитель ИВЧЕНКО КАРИНА АНДРЕЕВНА

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

от получения настоящей справки уклоняется¹.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

¹ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки

**Протокол расчета пособия
по листку нетрудоспособности 167714298834**

Фамилия, имя, отчество лица, которому выдан листок нетрудоспособности (далее - БЛ)
Скворцова Виктория Алексеевна

Регистрационный номер страхователя: 7000003754
ЛПУ, выдавшее БЛ: МУЗ "Колпашевская ЦРБ" Врач: Чирвина
Вид нетрудоспособности: Уход за больным ребенком до 7 лет
Период нетрудоспособности: 17.10.2015 - 23.10.2015
Тип БЛ: первичный
Вид оплаты труда: Оклад
Страховой стаж: До 5 лет
Пособие выдается в размере 60 процентов
Районный коэффициент: 1,50
Количество пропущенных календарных дней: 7

Расчет пособия производится в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (в редакции Федерального закона от 08.12.2010 №343-ФЗ), постановлением Правительства Российской Федерации от 15.06.2007 №375 «Об утверждении Положения об особенностях порядка исчисления пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

Сумма выплат за 2013 год : 103488,66 р.
Сумма выплат за 2014 год : 0,00 р.
Предельная величина базы, на которую начисляются страховые взносы:
2013 - 568000,00 р. 2014 - 624000,00 р.
Общая сумма: 103488,66 р.
Число дней расчетного периода: 730
Средний дневной заработок: 141,77 р., с учетом процента: 85,06 р.
Пособие за период с: 17.10.2015 по 23.10.2015 : 595,42 р.
Рассчитанное пособие по больничному листку № 167714298834 серия
Пропущено в связи с нетрудоспособностью

Месяц	Календарных дней
2015 октябрь	7

Пособие по месяцам нетрудоспособности

Месяц	Пособие
2015 октябрь	595,42

Значение, хранящееся в базе: 595,42 р.
Начисленное пособие: 992,39 р., недостача (переплата): -396,97 р.

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



167 714 298 834

первичный ☒

дубликат ☐

продолжение листка нетрудоспособности №

О Г Б У З К О Л П А Ш Е В С К А Я Р Б

(наименование медицинской организации)

К О Л П А Ш Е В О С О В Е Т С К И Й С Е В Е Р 4 5

(адрес медицинской организации)

Дата выдачи 2 0 - 1 0 - 2 0 1 5 1 0 2 7 0 0 3 5 5 5 9 0 8

(ОГРН)

Ф С К В О Р Ц О В А

И В И К Т О Р И Я

О А Л Е К С Е Е В Н А

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

2 8 0 4 1 9 9 5

(Дата рождения)

М ☐ Ж ☒

Причина нетрудоспособности

0 9

код

доп код

код изм.

М Б У Ц К Д

(место работы-наименование организации)

Основное ☒ По совместительству ☐

№

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости



по уходу 0 1

дата 1

дата 2

№ путевки

ОГРН санатория или клиники НИИ

возраст (лет/мес.)

родственная связь

ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да ☐ нет ☐

Отметки о нарушении режима

Дата

Подпись врача:

Находился в стационаре: с

по

Дата направления в бюро МСЭ:

Дата регистрации документов в бюро МСЭ:

Установлена/изменена группа инвалидности

Освидетельствован в бюро МСЭ:

Подпись руководителя бюро МСЭ:

Печать учреждения медицинской социальное экспертного

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
1 7 - 1 0 - 2 0 1 5	2 0 - 1 0 - 2 0 1 5	П Е Д И А Т Р	Ч И Р В И Н А О С	
2 1 - 1 0 - 2 0 1 5	2 3 - 1 0 - 2 0 1 5	П Р Е Д В К	К А Р П О В И Ч Г А	
		Г Е Д И А Т Р	А И С И М О В А Т А	

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с 2 4 1 0 2 0 1 5

Иное:

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) №

Подпись врача:



М Б У Ц Е Н Т Р К У Л Т У Р Ы И Ж О С У Г А

(место работы-наименование организации)

Основное ☒ По совместительству ☐

Регистрационный № 7 0 0 0 0 0 3 7 5 4 1

Код подчинённости 7 0 0 1 1

ИНН нетрудоспособного: 7 0 0 7 0 5 3 5 1 0 0 7

СНИЛС

1 3 9 - 3 8 0 - 1 3 3 - 6 5

Условия исчисления 4 4

Акт формы Н-1 от

Дата начала работы

Страховой стаж: 0 2 лет 0 9 мес.

в т.ч. нестраховые периоды:

лет

мес.

Причитается пособие за период: с 1 7 - 1 0 - 2 0 1 5

по

2 3 - 1 0 - 2 0 1 5

Средний заработок для исчисления пособия: 1 0 3 4 8 8

р

6 6

к.

Средний дневной заработок 1 4 1

р

7 7

к.

Сумма пособия: за счет средств работодателя

р

к.

за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации

9 9 2

р

3 9

к.

ИТОГО

НАЧИСЛЕНО

9 9 2

р

3 9

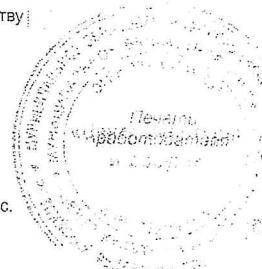
к.

Фамилия и инициалы руководителя: П А Н О В А И В

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: Н И К И Т И Н А Е И

Подпись

Подпись



Комиссия
Директор филиала К.И.И.И.И.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

Расчет пособия *

* предусмотрен п.67 Порядка выдачи листов нетрудоспособности, утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н

Приложение к листку нетрудоспособности № 167714298834

Организация: Муниципальное бюджетное учреждение "Центр культуры и досуга"

Работник: Скворцова Виктория Алексеевна

ИНН 700705351007

СНИЛС

139-380-133 65

Подразделение: Культурно-досуговый
сектор "Мараксинский Дом культуры"

Должность: Звукооператор

таб. №: 33

Не работала с 17 октября 2015 г. по 23 октября 2015 г.

Условия исчисления:

Страховой стаж: 2 года 9 месяцев

в т.ч. нестраховые периоды:

Назначение пособия

Назначено пособие по уходу за больным ребенком в размере 100% за 7 календарных дней.

Сведения о заработной плате

1. Заработок за расчетные годы

Год	Заработок	Предельная величина	Страхователь
2013	-		
2013	103 488,66		Новоселовский сельский культурно-досуговый центр
Итого:	103 488,66	568 000	
2014	-		
2014	-		Новоселовский сельский культурно-досуговый центр
Итого:	-	624 000	

Всего заработка с учетом предельной облагаемой взносами величины: 103 488,66

2. Расчет среднего заработка

Среднедневной заработок составил: $103\,488,66 / 730 = 141,77$

3. Расчет минимального среднего заработка из МРОТ

МРОТ по состоянию на 17.10.2015: 5 965

Сотрудник занят на условиях неполного рабочего времени, коэффициент учета времени: 0,5

Минимальный среднедневной заработок из МРОТ составил: 98,05

Причитается пособие

Начало периода оплаты	Окончание периода оплаты	Число календарных дней, подлежащих оплате	Средне-дневной заработок	Минимальный среднедневной заработок, исчисленный из МРОТ	Размер пособия в % к заработной плате	Размер дневного пособия в руб. и коп.	Максималь-ный размер дневного пособия	Начислено пособия
17.10.2015	23.10.2015	7	141,77	98,05	100	141,77	-	992,39

За счет средств ФСС РФ

992,39

Девятьсот девяносто два рубля 39 копеек

За счет средств
работодателя

Ноль рублей 00 копеек

Итого начислено

992,39

Девятьсот девяносто два рубля 39 копеек

Сумма пособия включена в платежную ведомость за

Октябрь 2015 г.

Подпись главного (старшего) бухгалтера

Юлия
подпись

дата

Юлия Верина
Директор
Е.А. Иванова