

## Акт выездной проверки

от "28" июня 2018 г.

№ 509н/с

Нами (мною), Глазырина Оксана Евгеньевна - Главный специалист

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

Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации ,

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)  
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, **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР КУЛЬТУРЫ И ДОСУГА»**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

7000003754

Код подчиненности

70001

ИНН <3>

7007007946,

КПП <4>

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 31.12.2016 г.

год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	класс профессионального риска	размер страхового тарифа	скидка / надбавка
2015	92.51: Деятельность библиотек, архивов, учреждений клубного типа	1	0,2	нет / нет
2016	92.51: Деятельность библиотек, архивов, учреждений клубного типа	1	0,2	нет / нет

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

1. Место проведения выездной проверки

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

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата

19.06.2018 г.

(дата)

, окончена 27.06.2018 г. ,

(дата)

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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Тахтамышева С.А.

от

19.06.2018 г.

№

509н/с

(Ф.И.О.)

(дата)

3. В соответствии с решением

<5> -----

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

-----

от

-----

№

-----

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была приостановлена с

-----

(дата)

4. В соответствии с решением

<5> -----

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

-----

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  
(наименование должности)  
Главный бухгалтер  
(наименование должности)

ИВЧЕНКО КАРИНА АНДРЕЕВНА  
(Ф.И.О.)  
Шапельская Алена Владиславовна  
(Ф.И.О.)

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

документов: учредительные документы, ведомости по начислению заработной платы, табели учета рабочего времени, приказы, лицевые счета, расчетно-платежные ведомости за проверяемый период, своды по заработной плате помесечно отчеты (Форма 4-ФСС), оборотные ведомости по счетам, справки, другие первичные бухгалтерские документы.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: <7>

-----

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 19.04.2013 по 10.06.2013,  
(дата) (дата)  
акт выездной проверки от 05.07.2013 № 303 н/с . <8>  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

-----

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

10. Настоящей проверкой установлено:

Основным видом экономической деятельности коммерческой организации является тот вид, который по итогам предыдущего года имеет наибольший удельный вес в общем объеме выпущенной продукции и оказанных услуг, а для некоммерческой организации - вид деятельности, в котором по итогам предыдущего года было занято наибольшее количество работников организации (пункт 9 Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2005 N 713).

Данные первичных документов соответствуют данным расчетных ведомостей 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 (Форма 4-ФСС).

Расходы, произведённые страхователем в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, заявленные страхователем за проверяемый период:

- Пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве:	<b>выплат нет</b>
- Пособия по временной нетрудоспособности в связи с профессиональными заболеваниями:	<b>выплат нет</b>
- Оплата отпуска для санаторно-курортного лечения застрахованным:	<b>выплат нет</b>
- Финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний:	<b>выплат нет</b>

Страховые взносы начисляются с нарушением ст. 20.1 и 20.2 Федерального закона № 125 – ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 года и постановления Правительства Российской Федерации п.3, п.4 от 02.03.2000 года № 184 «Об утверждении Правил начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». За проверяемый период согласно предоставленным документам было выявлено занижение облагаемой базы на сумму 6598,96 руб., согласно нарушений указанных в акте от 28.06.2018 г. № 509/Н, в связи с чем были доначислены страховые взносы в сумме 13,20 руб., применен штраф в размере 20% - 2,64 руб.

Страховые взносы перечисляются с нарушением п. 4 ст. 22 закона от 24.06.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - закон № 125 – ФЗ). Суммы страховых взносов перечисляются страхователями, нанимающими работников по трудовому договору (контракту), ежемесячно в срок, установленный для получения (перечисления) в банках или иных кредитных организациях средств на выплату заработной платы за истекший месяц, а страхователями, обязанными уплачивать страховые взносы на основании гражданско-правовых договоров, - в срок, установленный страховщиком. Начислены пени. (Приложение 1)

Несчастных случаев и профессиональных заболеваний за проверяемый период нет. Расходов, произведённых страхователем в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за проверяемый период нет. Перечислений от исполнительного органа Фонда за проверяемый период не производилось. Выплат, в пользу работающих инвалидов нет.



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: <9>

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
01.2015	3191,67
02.2015	1598,40
10.2015	1808,89

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
01.2015	6,38
02.2015	3,20
10.2015	3,62

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): <9>

(указать каких)

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

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: <9>

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
-----	-----

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет)

за \_\_\_\_\_ . <9>  
(период)

Установленный срок представления расчета \_\_\_\_\_

(дата)

Расчет представлен \_\_\_\_\_, не представлен (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: <9>

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний):

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР КУЛЬТУРЫ И ДОСУГА»** \_\_\_\_\_ :

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за с 01.01.2015 г. по 31.12.2016 г.

(период)

в размере **13,20** рублей; <9>

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме **0,00** рублей. <9>

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере **1291,67** рублей; <9>

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета; <9>

11.3. \_\_\_\_\_; <9>

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь

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

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом 1 статьи 19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за занижение налогооблагаемой базы для начисления страховых взносов.

(указывается состав правонарушения)

#### 11.4.2. Перечислить в добровольном порядке

- недоимку в сумме	13,20 рублей	(КБК 393 10 2020 500 71 000 160)
- пени в сумме	1291,67 рублей	(КБК 393 10 2020 500 72 100 160)
- штрафные санкции в сумме	2,64 рублей	(КБК 393 10 2020 500 73 000 160)

Получатель платежа:

ИНН 7018003855, КПП 701701001,

УФК ПО ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ (ГУ-ТОМСКОЕ РО ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ),

на расчетный (текущий) счет № 401018109000000010007 ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК БИК 46902001

ОКТМО 69701000

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 - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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)

Глазырина Оксана Евгеньевна

(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)

Руководитель  
(должность)

  
(подпись)

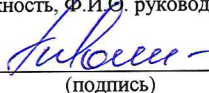
ИВЧЕНКО КАРИНА  
АНДРЕЕВНА  
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ листах получил.  
(количество)

**Руководитель ИВЧЕНКО КАРИНА АНДРЕЕВНА**

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

  
(подпись)

"29" июня 2018 г.

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется. <10>

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

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.

<1> Отчество указывается при наличии.

<2> Указывается при наличии руководителя группы.

<3> Идентификационный номер налогоплательщика.

<4> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<5> Заполняется при наличии соответствующего решения.

<6> Заполняется для организаций.



**УВЕДОМЛЕНИЕ  
О ВЫЗОВЕ ПЛАТЕЛЬЩИКА СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ**

" 29 " июня 2018 г.

№ 509н/с

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

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

в соответствии с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об  
обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных  
заболеваний " вызывает плательщика страховых взносов

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

(полное 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

**в Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования  
Российской Федерации**

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: 634029 г. Томск, ул. Советская, д.55/1, каб.304

(место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов и N комнаты)

« 23 » июля 2018 года в 14 час. 00 мин

(указать день и время <\*>)

где состоится рассмотрение материалов проверки по акту 509н/с от « 28 » июня 2018 г.

№

Страхователь вправе участвовать в процессе рассмотрения материалов указанной проверки лично  
или через своего представителя. В этом случае необходимо подтвердить полномочия представителя,  
предъявив доверенность. Неявка лица, в отношении которого проводилась проверка, не является  
препятствием для рассмотрения материалов проверки.

В случае неявки должностных лиц материалы проверки и представленные страхователем  
возражения, объяснения, другие документы рассматриваются в их отсутствие. По результатам рассмотрения  
материалов проверки составляется протокол.

(указать подробное (описание цели вызова плательщика страховых взносов)

И.о. зам. управляющего отделением - начальник отдела СПР Государственное учреждение - Томское  
региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

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

(подпись)

Тахтамышева С.А.

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

Телефон: 60-95-21

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил <\*>.

**Руководитель ИВЧЕНКО КАРИНА АНДРЕЕВНА**

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

(подпись)

" 29 " июня 2018 г.

(дата)

<\*> При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.

<\*> Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.