

Справка

о проведенной выездной проверке

от "22" мая 2019 года

№ 141 осс/внм/в

В соответствии с решением заместителя директора Филиала №9 Государственного учреждения-Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации¹ Чучковой В.В. о проведении выездной проверки от «20» мая 2019 года № 140 осс/внм/в Ефремовой Кирой Андреевной, Кирбенева Валентиной Витольдовной - главными специалистами-ревизорами отдела проверок Филиала №9 ГУ-НРО ФСС РФ 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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВОЛОДАРСКОГО РАЙОНА" (ГБУ "ЦСОГПВИИ ВОЛОДАРСКОГО РАЙОНА")

регистрационный номер в органе контроля за

уплатой страховых взносов

5209004021

код подчиненности

52091

ИНН

5214001709

КПП

521401001

адрес места нахождения организации

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

606070, НАБЕРЕЖНАЯ ул., дом 12,
ВОЛОДАРСК г., ВОЛОДАРСКИЙ р-н,
НИЖЕГОРОДСКАЯ обл.

за период с 01.01.2016 по 31.12.2016

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 20.05.2019, проверка окончена 22.05.2019

Подписи должностных лиц Филиала №9 ГУ-НРО ФСС РФ, проводивших выездную проверку:

главный специалист-ревизор



К.А. Ефремова

(подпись)

главный специалист-ревизор



В.В. Кирбенева

(подпись)

22.05.2019

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1-м листе получил врио директора ГБУ "ЦСОГПВИИ ВОЛОДАРСКОГО РАЙОНА":



(подпись)

Г.В. Бахрова

(Ф.И.О.)

22.05.2019

(дата)

Место печати плательщика
страховых взносов

(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)

Нами, Ефремовой Киной Андреевной (руководитель проверяющей группы), Кирбенева Валентиной Витольдовной - главными специалистами-ревизорами отдела проверок Филиала №9 Государственного учреждения-Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации¹ 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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВОЛОДАРСКОГО РАЙОНА"(ГБУ "ЦСОГПВИИ ВОЛОДАРСКОГО РАЙОНА"),

регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов 5209004021,
код подчиненности 52091,
ИНН 5214001709,
КПП 521401001,
адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес постоянного
места жительства индивидуального предпринимателя,
физического лица 606070, НАБЕРЕЖНАЯ ул., дом 12,
ВОЛОДАРСК г, ВОЛОДАРСКИЙ р-н,
НИЖЕГОРОДСКАЯ обл.,

за период с 01.01.2016 по 31.12.2016

Выездная проверка проведена в соответствии 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 № 212-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки 606070, НАБЕРЕЖНАЯ ул., дом 12, ВОЛОДАРСК г., ВОЛОДАРСКИЙ р-н, НИЖЕГОРОДСКАЯ обл.

2. Выездная проверка начата 20.05.2019 окончена 22.05.2019
(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

¹ Далее по тексту — Филиал №9 ГУ-НРО ФСС РФ

обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:
по 30.08.2018 - Павлова Татьяна
Александровна, с 31.08.2018 по настоящее
время - врио директора Бахрова Галина
Викторовна.

(наименование должности) (Ф.И.О.)

(наименование должности) Булатова Юлия Сергеевна
(Ф.И.О.)

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

документов:

- Устав учреждения.
- Коллективный договор (с изменениями и дополнениями).
- Положение об оплате труда работников.
- Положение о выплатах стимулирующего характера работникам.
- Положение о выплатах компенсационного характера работникам.
- Штатное расписание (с изменениями).
- Приказы руководителя: о приеме работника на работу, о прекращении (расторжении) трудового договора с работником (увольнении), о предоставлении отпусков работникам (очередного, административного), об оказании материальной помощи к отпуску, на лечение, в связи со смертью близких родственников и др.
- Документы, подтверждающие выплату материальной помощи (заявления работников на оказание материальной помощи, копии свидетельств о смерти родственников работающих).
- Авансовые отчеты с приложенными документами.
- Расчет 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 обеспечения² (форма-4 ФСС РФ) за 2016 год;
- Оборотно-сальдовая ведомость по счетам «Расчеты по обязательному социальному страхованию», «Расчеты по заработной плате».
- Платежные поручения на перечисление страховых взносов на обязательное социальное страхование.

(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 01.03.2016 по 03.03.2016,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 04.03.2016 № 59 осс/внм/в.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены частично:
-в проверяемом периоде страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации перечислялись с нарушением установленного срока уплаты.

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

10. Настоящей проверкой установлено:

² Далее по тексту — Расчет (форма-4 ФСС РФ)

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)
	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
	0,00

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)
	0,00

10.1.3. непредставление в установленный срок Расчета (форма-4 ФСС РФ)

за _____
(период)

на бумажном носителе не позднее 20-го числа, а в форме электронного документа не позднее 25-го числа месяца, следующего за отчетным периодом _____
(дата)

Установленный срок представления расчета

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

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

В проверяемом периоде страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации перечислялись с нарушением установленного срока уплаты. Нарушена ст. 15 Федерального закона № 212-ФЗ.

За несвоевременную уплату страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии со статьей 25 Федерального закона № 212-ФЗ за период с 01.01.2016г. по 31.12.2016г. начислены пени в размере 1/300 ставки рефинансирования ЦБ РФ за каждый календарный день просрочки исполнения обязанности по уплате страховых взносов (15 число каждого месяца) в сумме 2,48 руб.

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГБУ "ЦСОГПВИИ ВОЛОДАРСКОГО РАЙОНА":

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 01.01.2016 по 31.12.2016 в размере 0,00 руб.;

(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 2,48 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 к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью _____ статьи _____ Федерального закона № 212-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

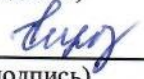
Приложение: на 2-х листах.

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 Филиал №9 ГУ-НРО ФСС РФ 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 Филиала №9 ГУ-НРО ФСС РФ, проводивших проверку:

главный специалист-ревизор  К.А. Ефремова
(подпись)

главный специалист-ревизор  В.В. Кирбенева
(подпись)

Подписи должностных лиц ГБУ "ЦСОГПВИИ ВОЛОДАРСКОГО РАЙОНА":

 врио директора
(должность)


(подпись)

Г.В. Бахрова
(Ф.И.О.)

главный бухгалтер
(должность)


(подпись)

Ю.С. Булатова
(Ф.И.О.)

Место печати плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта на 4-х листах с приложением на 2-х листах получил врио директора ГБУ "ЦСОГПВИИ ВОЛОДАРСКОГО РАЙОНА":

 Г.В. Бахрова
(подпись)

«23» мая 2019 года

(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)

Уведомление

о вызове плательщика страховых взносов

от 23.05.2019
(дата)

№ 141 осс/внм/в

В.В. Чучкова заместитель директора Филиала № 9 Государственного учреждения -
Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(Ф.И.О., должность, наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 29 Федерального закона 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 и
территориальные фонды обязательного медицинского страхования" вызывает плательщика страховых
взносов ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ВОЛОДАРСКОГО
РАЙОНА"

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

Регистрационный номер в органе контроля за

уплатой страховых взносов (код подчиненности) 5209004021 52091

ИНН 5214001709

КПП 521401001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального 606070, НАБЕРЕЖНАЯ ул., дом 12, ВОЛОДАРСК г.,
предпринимателя, физического лица ВОЛОДАРСКИЙ р-н, НИЖЕГОРОДСКАЯ обл.

в Филиал № 9 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: 606026, Нижегородская обл., г.Дзержинск, б-р Правды, д.2., каб.11

(место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов и № комнаты)

материалы выездной проверки и возражения, представленные плательщиком страховых взносов будут
рассматриваться 21.06.2019 в 9-30

(указать день и время)

для участия 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.

(указать подробное описание цели вывоза плательщика страховых взносов)

Заместитель директора

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


(подпись)

В.В. Чучкова

(Ф.И.О.)

Телефон: 34-16-22

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил

Врио директора ГБУ «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Володарского района» Баркова Г.В.
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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


(подпись)

23.05.2019
(дата)