



Акт выездной проверки

от 20.11.2018
(дата)

№ 97

Нами (мною), Корнеева Марина Алексеевна - Главный специалист-ревизор

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

ФИЛИАЛ №20 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - САМАРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДНЯЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 17 ГОРОДА СЫЗРАНИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА СЫЗРАНЬ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

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

регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

6320008416

код подчиненности

63201

ИНН

6325005676

КПП

632501001

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица 446031, Гагарина пр-кт, д. 75, Сызрань г, Самарская
обл

за период с 01.01.2015 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 от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки 446031, Гагарина пр-кт, д. 75, Сызрань г,
Самарская обл

(территория проверяемого лица либо место нахождения органа
контроля за уплатой страховых взносов)

2. Выездная проверка начата 14.11.2018, окончена 15.11.2018
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

Директор

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

Ярцев Р. С. от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением Директор

Директор _____ 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 _____ ЛАРИК ВАЛЕРИЯ ВАЛЕРИЕВНА
(наименование должности) (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер _____ Старостина Вера Валериевна
(наименование должности) (Ф.И.О.)

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

главная книга, расшифровки к балансовым счетам, авансовые отчеты с приложениями, кассовые и банковские документы, свод по начислению заработной платы, приказы по персоналу и оплате труда, приказы на выплату материальной помощи, лицевые карточки по начислению заработной платы, табеля учета рабочего времени, индивидуальные карточки учета страховых взносов, лицевые счета.
(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 _____ 11.11.2015 _____ по _____ 13.11.2015 _____,
(дата) (дата)
акт выездной проверки от _____ 17.11.2015 _____ № _____ 174 _____.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения _____
устранены
(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:

В соответствии с п.5 ст.15 Федерального закона от 24.07.2009 N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" страхователь уплачивает страховые взносы в срок не позднее 15-го числа календарного месяца, следующего за календарным месяцем, за который начисляется ежемесячный обязательный платеж.

Страхователем нарушен срок уплаты страховых взносов. Начислены пени в сумме 114,95 рублей.

Нарушения, указанные в п. 10.1 на сумму 114,95 рублей смотрите в приложение № 1, которое является неотъемлемой частью акта.

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 _____ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДНЯЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 17 ГОРОДА СЫЗРАНИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА СЫЗРАНЬ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ _____:

(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 _____ 2015-2016 _____ в размере _____ 0,00р. _____ руб.;;
(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов,
в размере _____ 114,95р. _____ руб.;;

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. Страховые взносы начислять в соответствии с действующим законодательством.

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11.4. привлечь

_____ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 17
ГОРОДА СЫЗРАНИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА СЫЗРАНЬ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью _____ 1 _____ статьи _____ 47 _____ Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ за

Неуплата сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов, плательщиков страховых взносов влечет взыскание штрафа в размере 20 процентов неуплаченной суммы страховых взносов, что составляет 0,00 руб.

(указывается состав правонарушения)

11.4.2.

Приложение: на 2 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 №20 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - САМАРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(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 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

Корнеева Марина
Алексеевна -
Главный специалист-
ревизор
(Ф.И.О.)

(подпись)

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

Директор
(должность)

Мария
(подпись)

Мария В.В.
(Ф.И.О.)



Место печати плательщика
страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с 1 приложением на 4 листах получил.
(количество)

Директор ФБОУ СОШ № 17 г. Сызрани Мария В.В.
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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

Мария
(подпись)

21.11.2018
(дата)

21.11.18

(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)

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.

* Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.



Уведомление

о вызове плательщика страховых взносов

от "20" ноября 2018 г.
(дата)

№ 97

Ярцев Р. С. Директор ФИЛИАЛ №20 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - САМАРСКОГО 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 ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 17 ГОРОДА СЫЗРАНИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА СЫЗРАНЬ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Регистрационный номер в органе контроля за уплатой
страховых взносов (код подчиненности)

6320008416 (63201)

ИНН

6325005676

КПП

632501001

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

446031, Гагарина пр-кт, д. 75, Сызрань г,
Самарская обл

в ФИЛИАЛ №20 ГОСУДАРСТВЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ - САМАРСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО
ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: РФ, Самарская обл., г.Сызрань, ул.Советская, д.32 каб.1

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

19 декабря 2018 года в 10 часов 00 минут

(указать день и время *)

рассмотрение материалов проверки акт № 97 от 20.11.2018 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

(указать подробное описание цели вызова плательщика страховых взносов)

Директор

(должность руководителя органа контроля
за уплатой страховых взносов)

(подпись)

Ярцев Р. С.

(Ф.И.О.)

Телефон: 98-45-28

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил **.

Руководитель Директор ТБОУ СОШ № 17 г. Сызрани

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

✓ Ларин Ю.В.

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

✓ Ларин
(подпись)

21.11.2018 21.11.18
(дата)

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