

Филиал № 11 Государственного учреждения - Волгоградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

404354, Волгоградская область,
г.Котельниково, ул.Ленина, д.14
тел. 3-21-91 3-25-69, факс 3-21-91

Приложение № 8
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

пнч

Акт выездной проверки

от 26.02.2021
(дата)

№ 34112150000123

Нами (мною), Дуварова Наталия Васильевна - Главный специалист-ревизор

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

филиала № 11 Государственного учреждения - Волгоградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ
"СУРОВИКИНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"**

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3411300331,

Код подчиненности

34111,

ИНН

3430030612,

КПП

343001001,

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

ОБЛАСТЬ ВОЛГОГРАДСКАЯ, РАЙОН
СУРОВИКИНСКИЙ, ГОРОД СУРОВИКИНО, УЛИЦА
АВТОСТРАДНАЯ, 14, 404414,

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
-----	--------------------------------------------------------	-------------------------------	--------------------------	-----------------

	(код по ОКВЭД)			
2018	87.90	1	0.2	Нет
2019	87.90	1	0.2	Нет
2020	87.30	1	0.2	Надбавка 13%

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

ОБЛАСТЬ ВОЛГОГРАДСКАЯ, РАЙОН СУРОВИКИНСКИЙ, ГОРОД СУРОВИКИНО, УЛИЦА
АВТОСТРАДНАЯ, 14

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 17.02.2021 (дата) окончена 19.02.2021 (дата).

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

<u>Директор</u> (наименование должности)	<u>Самохина Татьяна Васильевна</u> (Ф.И.О.)	<u>с 12.01.2017 по 06.08.2018</u>
<u>И.о. Директора</u> (наименование должности)	<u>Савинов Алексей Николаевич</u> (Ф.И.О.)	<u>с 07.08.2018 по 11.03.2019</u>
<u>Директор</u> (наименование должности)	<u>Захарченко Светлана Васильевна</u> (Ф.И.О.)	<u>с 12.03.2019 по 11.03.2020</u>
<u>Директор</u> (наименование должности)	<u>Савинов Алексей Николаевич</u> (Ф.И.О.)	<u>с 12.03.2020 по настоящее время</u>
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Брыкова Галина Михайловна</u> (Ф.И.О.)	<u>весь проверяемый период</u>

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

представленных следующих документов:

(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

05.02.2018

по

09.02.2018

(дата)

(дата)

Акт выездной проверки от

19.02.2018

№

7н/с

(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

занижение базы для начисления страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний

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:

• 1) Нарушение в части исполнения обязанностей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний - занижение базы для начисления страховых взносов, на основании следующего:

- занижение базы на непринятые к зачету расходы по ВНИМ.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
Декабрь, 2020	2 438,04

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Декабрь, 2020	5,61

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)
Февраль, 2018	0,01
Сентябрь, 2018	0,01
Апрель, 2019	0,01
Май, 2019	0,01
Июль, 2019	0,01
Декабрь, 2019	0,01
Апрель, 2020	0,88
Июль, 2020	0,01
Сентябрь, 2020	0,01

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:

нарушений не выявлено.

(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):

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
--------	-------------------------------------------	---------------------------------------

не выявлено.

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

не выявлены.

(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:

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ СТАЦИОНАРНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ "СУРОВИКИНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНТЕРНАТ"

11.1. взыскать с _____
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за _____ 01.01.2018 - 31.12.2020 _____
(период)

в размере 1,31 _____ руб.;

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

в сумме 6,57 _____ рублей.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,62 _____ руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. _____ ;
(приводятся другие предложения проверяющих по устранений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ СТАЦИОНАРНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ "СУРОВИКИНСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНТЕРНАТ"

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. статьёй 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за «Неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия)» в виде штрафа в размере 1,31 руб.

Задолженность необходимо перечислить на расчетный счет УФК по Волгоградской области (ГУ-Волгоградское РО Фонда социального страхования Российской Федерации, л/с 04294048320) № 03100643000000012900 в ОТДЕЛЕНИЕ ВОЛГОГРАД БАНКА РОССИИ/УФК по Волгоградской области г. Волгоград, БИК 011806101, ИНН 3444050993, КПП 341302002, ОКТМО 18701000:

в Фонд социального страхования Российской Федерации в сумме

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

Филиал № 11 Государственного учреждения - Волгоградского регионального отделения 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 копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку



(подпись)

Дуварова Наталия
Васильевна

(Ф.И.О.)

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



Директор

(должность)



(подпись)

Савинов А.М.

(Ф.И.О.)

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

директор Савинов Алексей Михайлович

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

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

✓



д.б. ад. д.ад.з.

(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
камеральную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, 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 акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.