



Форма 7

Место штампа территориального
органа страховщика

**АКТ
выездной проверки**

от 07.06.2019
(дата)

№ 28

Мною, **Бурматновой Натальей Геннадьевной - главным специалистом -
руководителем группы**

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя проверяющей группы²)

**Филиала № 14 Государственного учреждения - Самарского регионального отделения 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 (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 на выплату страхового обеспечения страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 11
ГОРОДА КИНЕЛЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА КИНЕЛЬ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ,**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

6314004366

Код подчиненности

63141

ИНН³

6350018710

КПП⁴

635001001

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

446430, РФ, Самарская обл, г.Кинель,
ул.Маяковского, д.49

за период с 01.01.2016г. по 31.12.2018 г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2016	80.21.1	1	0,2	нет
2017	85.13	1	0,2	нет
2018	85.13	1	0,2	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 **446430, РФ, Самарская обл, г.Кинель, ул.Маяковского, д.49**

(территория проверяемого лица либо места территориального органа страховщика)
2. Выездная проверка начата _____ **20.05.2019** _____, окончена _____ **30.05.2019** _____
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением⁵
Директор филиала
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением⁵ _____
(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 являлись⁶:
Директор _____ Лозовская Ольга Александровна _____
(наименование должности) (Ф.И.О.)
Главный бухгалтер _____ Смолькова Марина Владимировна _____
(наименование должности) (Ф.И.О.)

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

следующих документов:

Устав, Коллективный договор, Положение об оплате труда работников, свод начислений и удержаний за 2016-2018гг, расчетная ведомость ф-4- ФСС РФ, расчетно-платежные ведомости за проверяемый период, штатное расписание за проверяемый период, приказы, распоряжения, ведомости начисления заработной платы за 2013- 2018 гг., трудовые книжки, кассовые и банковские документы за 2015- 2018гг., свод начислений и удержаний за проверяемый период, листки нетрудоспособности, заявления о назначении пособия при рождении ребенка, справки о рождении детей, выданные органами ЗАГСа, справки с места работы другого родителя о том, что пособие не назначалось и не выплачивалось, заявления о предоставлении отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет и выплате пособия, копии свидетельств о рождении детей, приказы о предоставлении отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет, справки с места работы другого родителя о том, что пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет не назначалось и не выплачивалось, расчет пособия, справки медицинских учреждений о постановке на учет на ранних сроках беременности, заявление о выборе расчетного периода, расчет пособия документы, подтверждающие выплату пособий, справка, о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, на которую были начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, за два календарных года,

предшествующих году прекращения работы или обращения за справкой, , подтверждающие выплату пособий, заявления на материальную помощь,

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 28.09.2015 по 30.09.2015,
(дата) (дата)
акт выездной проверки от 30.09.2015 № 44.⁸
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения - **устранены**.⁸

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. **выявлены**/не выявлены нарушения законодательства

Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: **В нарушение постановления Правительства Российской Федерации от 02.03.2000г. № 184 «Об утверждении Правил начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (в ред. постанов. Правительства РФ от 11.12.2003г. № 754) и Федерального закона от 24.07.1998 N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" страховые взносы начислены не в полном объеме, а именно:**

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд:⁹

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
Июль 2017	46312,92
Сентябрь 2017	18635,44

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Июль 2017	92,63
Сентябрь 2017	37,27

В результате этого доначислены страховые взносы в сумме 129,90 рублей. (Приложение № 1, которое является неотъемлемой частью акта).

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)
	0

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 **ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 11 ГОРОДА КИНЕЛЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА КИНЕЛЬ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за **01.01.2016 по 31.12.2018**
в размере **129,90 руб.**,⁹
(период)

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд
в сумме **0** рублей.⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере **5,68 руб.**,⁹

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

11.3. Перечислить в добровольном порядке

- недоимку в сумме 129 руб. 90 коп. (КБК 39310202050071000160),

- пени в сумме 5 руб. 68 коп. (КБК 39310202050072100160)

на расчетный (текущий) счет № 40101810822020012001

Отделение Самара г. Самара УФК по Самарской области (ГУ СРО ФСС РФ г. Самара) БИК 043601001;

- штрафные санкции в сумме 25 руб. 98 коп. (КБК 39310202050073000160)

на расчетный (текущий) счет № 40101810822020012001

Отделение Самара г. Самара УФК по Самарской области (ГУ СРО ФСС РФ г. Самара) БИК 043601001 ;

_____ ;
(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 **ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 11 ГОРОДА КИНЕЛЯ ГОРОДСКОГО ОКРУГА КИНЕЛЬ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. П.1 Статьей 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за Неуплату 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) влечет взыскание штрафа в размере 20 процентов причитающейся к уплате суммы страховых взносов **в сумме 25,98 рублей.**

11.4.2. пунктом _____ (указывается состав правонарушения) статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

_____ ;
(указывается состав правонарушения)

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 № 14 Государственного учреждения - Самарского 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.

Бурматнова
Наталья
Геннадьевна -
главный
специалист -
руководитель
группы
(Ф.И.О.)

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку



(подпись)

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

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

ЛОЗОВСКАЯ ОЛЬГА
АЛЕКСАНДРОВНА
(Ф.И.О.)



Место печати (при наличии)
страхователя

Экземпляр настоящего акта с двух приложений на 1-24 листах получил.
(количество)

директор ЛОЗОВСКАЯ ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА

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

индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

07.06.2019г

(дата)

директор ЛОЗОВСКАЯ ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА

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

от подписания настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную 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.¹¹

0401060

W6

21.06.2019

Поступ. в банк плат.

Списано со сч. плат.

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 1372

21.06.2019

Дата

Вид платежа

08

Сумма прописью | Сто двадцать девять рублей 90 копеек

ИНН 6350018710 МУФ СО(ГБОУ СОШ №11 г.Кинеля л/с 614680660)	КПП 635001001	Сумма	129-90	
		Сч. №	40601810036013000002	
Платательщик ОТДЕЛЕНИЕ САМАРА г. Самара		БИК	043601001	
		Сч. №		
Банк плательщика ОТДЕЛЕНИЕ САМАРА г. Самара		БИК	043601001	
		Сч. №		
Банк получателя ИНН 6315801679 УФК по Самарской области (ГУ - САМАРСКОЕ РО ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)		КПП 631501001	Сч. №	40101810822020012001
		Вид оп.	01	Срок плат.
		Наз. пл.		Очер. плат.
		Код	0	Рез. поле
Получатель			0	0
39310202050071000160	36708000	0	0	0
(710119213 5000501 222710010 040101) Недоимка по страх.взн.на обязат.соц.страхов.от несчастн.случаев на произв- ве за 12.2018г.согл.акта проверки 28 от 07.06.19(рег.№6314004366)(шк)				

Назначение платежа

Подписи

Отметки банка

М.П.

Поступ. в банк плат.

Списано со сч. плат.

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ № 1378

24.06.2019

Дата

Вид платежа

08

Сумма
прописью

Пять рублей 68 копеек

ИНН 6350018710	КПП 635001001	Сумма	5-68	
МУФ СО (ГБОУ СОШ №11 г.Кинеля, лс 614680660)		Сч. №	40601810036013000002	
Плательщик	ОТДЕЛЕНИЕ САМАРА г. Самара	БИК	043601001	
		Сч. №		
Банк плательщика	ОТДЕЛЕНИЕ САМАРА г. Самара	БИК	043601001	
		Сч. №		
Банк получателя	ИНН 6315801679	КПП 631501001	Сч. №	40101810822020012001
	УФК по Самарской области (ГУ - САМАРСКОЕ РО ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)		Вид оп.	01
			Наз. пл.	
			Срок плат.	
			Очер. плат.	3
			Код	0
Получатель	39310202050072100160	36708000	0	0
			0	0
(710 853 295 040104) Добров.погаш.пени по страх.взн.на обязат.соц.страхов.от несчастн.случаев на произв.за 12.18г. согл.акта проверки 28 от 07.06.19.(рег.№6314004366шк)				

Назначение платежа

Подписи

Отметки банка

М.П.