

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение -
Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

пр. Победы, 33, г. Вологда, 160001
Тел.(817-2) 72-03-04 / факс (817-2) 72-79-22
E-mail: info@ro35.fss.ru; www.r35.fss.ru

Акт выездной проверки

от "26" марта 2021 г.
(дата)

№ _____

Мною, Глазовой Ириной Сергеевной - Ведущим специалистом-уполномоченным

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

Государственного учреждения – Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации, на основании решения И.о. управляющего Государственным учреждением – Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации А.А.Сурогиной от «9» марта 2021 г. № 142 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 страхователя

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОЖЕГОДСКОГО РАЙОНА"

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика

3500060034

код подчиненности

35001

ИНН

3506001759

КПП

350601001

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

162160, ОБЛАСТЬ ВОЛОГДСКАЯ, ПОСЕЛОК ВОЖЕГА, ПЕРЕУЛОК ОКТЯБРЬСКИЙ, 17.

за период с 01.01.2018г. по 31.12.2020 г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	Деятельность по уходу за престарелыми и инвалидами с обеспечением проживания» / 87.30	1	0,2	нет/нет
2019	Деятельность по уходу с обеспечением проживания прочая / 87.90	1	0,2	нет/нет
2020	Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам / 88.10	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 : 162160, ОБЛАСТЬ ВОЛОГОДСКАЯ, ПОСЕЛОК ВОЖЕГА, ПЕРЕУЛОК ОКТЯБРЬСКИЙ, 17.(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 09.03.2021г., окончена 24.03.2021г.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением заместителя управляющего Государственным учреждением – Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением заместителя управляющего Государственным учреждением – Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

(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)

СЕРГЕЕВА НАДЕЖДА СЕРГЕЕВНА

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Губина Наталия Сергеевна

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных

(сплошным, выборочным)

следующих документов: устав, штатное расписание, приказы, трудовые договоры, трудовые книжки, ведомости по начислению заработной платы, кассовые и банковские документы, уведомление о размере страховых взносов, расчеты ф. 4-ФСС, выписка из ЕГРЮЛ, уведомление о размере страхового тарифа, свидетельство о государственной регистрации юридического лица.

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

7. В ходе выездной проверки документы представлены в полном объеме.

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 01.01.2014г. по 31.12.2016г.,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 12.05.2017г. № 605 н/с.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения : нет.

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1.1. Начисление страховых взносов производилось в проверяемом периоде в соответствии с Федеральным законом от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»,

* Заполняется для организаций.

Федеральным законом от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Размер страхового тарифа соответствует основному виду экономической деятельности — "Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелых и инвалидам», 88.10. Задолженности за страхователем по состоянию на 01.01.2021 г. нет.

10.1.2. занижение базы для начисления страховых взносов 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)
-	-

10.1.3. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): _____

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

10.1.4. 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 обеспечения (ф.4-ФСС РФ) представлен в установленный срок в форме электронного документа не позднее 25-го числа месяца, следующего за истекшим кварталом за периоды: 1 кв.2018г., 1 полугодие 2018 г., 9 мес.2018 г., 2018 год, 1 кв.2019 г., 1 полугодие 2019 г., 9 мес.2019 г., 2019 год, 1 кв.2020 г., 1 полугодие 2020 г., 9 мес.2020 г., 2020 год.

(дата)

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:
В соответствии со ст. 26.11 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ за несвоевременную уплату страховых взносов начислены пени в сумме **1,59 руб.** (см. приложение № 1, являющееся неотъемлемой частью настоящего акта).

(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 со страхователя **БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОЖЕГОДСКОГО РАЙОНА"** ; _____

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов

за _____ в размере _____ руб.;

(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов

в размере **1,59** руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. _____ ;

(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 страхователя **БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОЖЕГОДСКОГО РАЙОНА"**

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

за _____

(указывается состав правонарушения)


_____ рублей.

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 - Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации 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.

Ведущий специалист-уполномоченный
Государственного учреждения
Вологодского регионального отделения
Фонда социального страхования РФ



(подпись) И.С.Глазова
(Ф.И.О.)

Директор Бюджетного учреждения
социального обслуживания Вологодской
области «Комплексный центр социального
обслуживания населения Вожегодского
района»



(подпись) Н.С.Сергеева
(Ф.И.О.)
Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

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

Директор Бюджетного учреждения социального обслуживания Вологодской области «Комплексный центр социального обслуживания населения Вожегодского района» Сергеева Надежда Сергеевна
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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



(подпись) _____ 26.03.2011 _____
(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
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.

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