

АКТ

**выездной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному
социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством**

от « 26 » сентября 2018 г.
(дата)

№ 689 /Р

Касумова Ольга Валерьевна - Главный специалист-ревизор

(должности, Ф.И.О. лица, проводившего проверку)

Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

провел(а) выездную проверку правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «АДМИНИСТРАЦИЯ СОСНОВСКОГО
СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ»**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

7000008289

Код подчиненности

70001

Код ИФНС

7026

ИНН

7006006523

КПП

700601001

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

636712, ШКОЛЬНАЯ ул, дом 18, СОСНОВКА с,
КАРГАСОКСКИЙ р-н, ТОМСКАЯ обл

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»¹, ст. 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»² и иными нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки

636712, ШКОЛЬНАЯ ул, дом 18, СОСНОВКА с, КАРГАСОКСКИЙ р-н, ТОМСКАЯ обл

(территория проверяемого лица либо места территориального органа страховщика)

1.2. Проверка проведена с

10.09.2018 г.

(дата)

, по

12.09.2018 г.

(дата)

в соответствии с решением Зам. управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Панкратов Д.А.

от

10.09.2018 г.

(дата)

№

689 /Р.

(Ф.И.О.)

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от

№

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от

№

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была возобновлена с

(дата)

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)³ в проверяемом периоде являлись:

Руководитель
(наименование должности)
Главный бухгалтер
(наименование должности)

Деев Андрей Михайлович
(Ф.И.О.)
Романова Екатерина Николаевна
(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена выборочным/ сплошным методом проверки представленных (сплошным, выборочным)

следующих документов:

ведомости по начислению заработной платы, таблицы учета рабочего времени, приказы, лицевые счета, расчет Форма 4-ФСС, оборотные ведомости по счетам, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов, справки, другие первичные бухгалтерские документы.

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы:

(указываются виды не представленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____ (дата) _____ (дата)
акт выездной проверки от _____ № _____ (дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

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

2. Настоящей проверкой установлено⁴:

Численность сотрудников в организации по состоянию на 31.12.2016 г. составляет 9 человек (в том числе женщин 5).

2.1 Проверка назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности

год	По данным расчетной ведомости (Форма-4 ФСС)	По данным проверки
2015	3 788,59 (3 шт.)	3 788,59 (3 шт.)
2016	17 248,44 (1 шт.)	17 248,44 (1 шт.)

Других расходов за проверяемый период не производилось.

Получено от территориального органа Фонда на банковский счет в возмещение произведенных расходов

2015 г. - 0 рублей,

2016 г. - 0 рублей.

Документы, подтверждающие назначения и выплаты данных пособий, страхователем представлены полностью. Расходы за проверяемый период произведены в соответствии с действующим законодательством, соответствуют бухгалтерским данным и расчету по Форме 4 – ФСС. Нарушений не выявлено.

(указываются конкретные нарушения)

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме 0,00 рублей.

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1.^{5,6} Возместить страхователю сумму 0,00 рублей.

3.2.⁶ Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме 0,0 руб.

3.3.⁷ Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, в сумме 0,00 рублей, рублей, в том числе:

_____ рублей.

_____ (месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)

Перечислить в добровольном порядке:

Реквизиты для заполнения платежных документов при перечислении налогов, сборов, взносов, пеней, штрафов, процентов, администрируемых налоговыми органами Томской области

Код бюджетной классификации (КБК)	КБК платежа
Банк получателя	ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК
Счет	40101810900000010007
БИК	46902001
ИНН и КПП получателя	ИНН/КПП инспекции ФНС России по Томской области, осуществляющей администрирование платежа
Получатель	УФК ПО ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ (наименование инспекции ФНС России по Томской области, осуществляющей администрирование платежа)
Код ОКТМО	Код ОКТМО муниципального образования, в бюджет которого зачисляется платеж

непринятые расходы в сумме 0,00 руб. (КБК 182 10 2020 900 71 000 160)

Приложение: на _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: **РФ, 634034, г.Томск, ул.Белинского, д.61** 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. В случае направления настоящего акта по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица территориального органа страховщика, проводившего проверку

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

Касумова Ольга Валерьевна - Главный специалист-ревизор
Государственное учреждение - Томское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(Ф.И.О., должность, наименование территориального органа страховщика)

(подпись)

Руководитель МКУ «АДМИНИСТРАЦИЯ СОСНОВСКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ»

(должность, наименование организации (обособленного подразделения), ФИО индивидуального предпринимателя, физического лица)

Деев Андрей Михайлович
(Ф.И.О.)

(подпись)

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.
(кол-во приложений)

Деев Андрей Михайлович

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

(подпись)

(дата)

Деев Андрей Михайлович

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

от получения настоящего акта уклоняется⁸.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

26.09.2018 г.

(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.