

А К Т

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

от 06.04.2016

№ _____ с/с _____

ЭФЕНДИЕВ Омахан Ильясович - Консультант

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

Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Дагестан
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Провел выездную проверку правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ГЕДЖУХСКАЯ СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА»

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

Регистрационный номер	<u>0500803015</u>
Код подчиненности	<u>05001</u>
Код ИФНС	<u>ИФНС страхователя</u>
ИНН	<u>0512011830</u>
КПП	<u>051201001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>368624, РФ, РД, Дербентский р-н, с. Геджух, ул. Ленина, д. 1</u>

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», 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» и иными нормативными правовыми актами по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки Дербентский р-н, с. Геджух
(территория проверяемого лица либо места территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

1.2. Проверка проведена с «4» апреля 2016 г. по «6» апреля 2016 г.

На основании решения

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Даришмагомедов от

№ _____

Ш. А.
(Ф.И.О.)

_____ (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____.
(дата)

На основании решения

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Даришмагомедов от _____ № _____

Ш. А.

(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) в проверяемом периоде являлись:

Руководитель _____ - Бебетов И.А.
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____ - Сафарбеков М.С.
(наименование должности) (Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена _____ сплошным- выборочным методом
(сплошным, выборочным)

проверки представленных следующих документов:

регистры бухгалтерского учета, первичные документы, служащие основанием для назначения пособий по обязательному социальному страхованию: листки нетрудоспособности, справки на рождение ребенка, приказы о предоставлении отпуска по уходу за ребенком, ранние сроки беременности, погребение, книга приказов (выборочно), трудовые договора (выборочно), приказы о приеме на работу (выборочно).

1.6. Предыдущая выездная проверка проводилась с 22.04.2013 г по 25.04.2013 г
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 25.04.2013 г. № 288
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения устранены.

Произведена корректировка суммы расходов на цели обязательного социального страхования путем отражения суммы не принятых к зачету расходов на выплату страхового обеспечения в бухгалтерском учете и в расчете по средствам фонда социального страхования формы №4-ФСС РФ.
(устранены/не устранены (в случае не устранения нарушений - указывается их существо))

2. Настоящей проверкой установлено*:

В нарушении части 3 ст.59 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», выплата пособий по временной нетрудоспособности произведена по листкам нетрудоспособности выданных врачом на срок более 15 календарных дней без решения врачебной комиссии. Неправомерно произведенные расходы на выплату страхового обеспечения составили 3150 руб. за 2013 г. (См. приложение №2 к акту проверки).

(указываются конкретные нарушения)

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме 3150 рублей 00 коп.

3. По результатам настоящей проверки

предлагается:

1^{1**}. Возместить страхователю сумму 0 рублей 00 коп.

2^{**}. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме 0 рублей 00 коп.

3². Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию,

в сумме 3150,00 рублей, в том числе:

01 2013 г. 3150 рублей 00 коп.
 г. рублей коп.

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

доначислить страховые взносы в сумме рублей коп.

Приложение: на 2 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 - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Дагестан
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
по адресу г.Махачкала ул. Богатырева 8

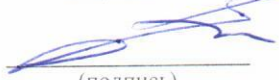
письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица
территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации,
проводившего проверку

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

Государственное учреждение - региональное отделение
Фонда социального страхования Российской
Федерации по Республике Дагестан

(должность, наименование территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации)



(подпись)

Зфендиев О.И

(Ф.И.О.)

МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГЕДЖУХСКАЯ СРЕДНЯЯ
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА

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



(подпись)

Бebetов И.А

(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с 2 приложениями на 4 листах получил.
(кол-во приложений)

¹ Пункты 1 и 2 настоящего акта заполняются одновременно при частичном выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения

² Пункты 2 и 3 настоящего акта могут заполняться одновременно при отказе в выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения и не принятии к зачету расходов на выплату страхового обеспечения

**Пункты 1 и 2 заполняются, если камеральная проверка проводится при обращении страхователя за выделением средств на выплату страхового обеспечения

Бebetов И.А.

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

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

06.04.2016 г.

(подпись)

(дата)

Бebetов И.А.

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

от получения настоящего акта уклоняется*.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись должностного лица
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации)

(дата)

Место печати территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации

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