

**РЕШЕНИЕ**  
**О ПРОВЕДЕНИИ ДОКУМЕНТАЛЬНОЙ ВЫЕЗДНОЙ ПРОВЕРКИ СТРАХОВАТЕЛЯ**

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

**«27» июня 2016 г. № 300н/с**

**Зам.директора**

(должность руководителя отделения (филиала отделения) Фонда)

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**

(наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

**Беспалько Е.Б.**

(Ф.И.О.)

**РЕШИЛ:**

**1. Провести проверку МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

Регистрационный номер страхователя 7003000366 Код подчинённости 70011

Код ИФНС России 7017

ИНН 7021020508 КПП 701701001

ОГРН 1027000904480

за период с 01.01.2013 по 31.12.2015

2. В ходе проверки проверить начисление, уплату страхователем взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и расходование этих средств.

(На основании Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», постановления Правительства Российской Федерации от 02.03.2000 № 184 «Об утверждении Правил начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и иных законодательных и нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

**3. Проверяющие: Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор**

(фамилии, имена, отчества, занимаемые должности уполномоченных на проведение проверки должностных лиц  
отделения (филиала отделения) Фонда)

Зам.директора

(руководитель отделения (филиала отделения) Фонда)

Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

Беспалько Е.Б.  
(подпись) (Ф.И.О.)



С решением о проведении проверки ознакомлен:

ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА

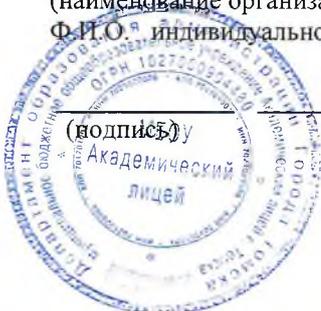
(руководитель организации (его представитель))

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА

(наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Ирина Николаевна Тоболкина И.И.  
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)



## Решение о проведении выездной проверки

от 27.06.2016  
(дата)

№ 300 Н

В соответствии с 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» (далее – Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ)

Зам.директора

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

Беспалько Е.Б.

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

### РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией) (ненужное зачеркнуть) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов

### МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА

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

регистрационный номер в органе контроля  
за уплатой страховых взносов

7003000366

код подчиненности

70011

ИНН

7021020508

КПП

701701001

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

634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г,  
ТОМСКАЯ ОБЛ

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с пунктом 1 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом контроля за деятельностью органа контроля за уплатой страховых взносов, проводившего проверку (указывается наименование органа контроля, проводившего проверку)» или «в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае представления плательщиком страховых взносов уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного»)

за период с 01.01.2013 по 31.12.2015  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа)



Беспалько Е.Б.

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА

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

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



(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов



## Решение

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

от «27» июня 2016 г.  
(дата)

№ 300 / Р

На основании Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», Федерального закона 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 территориальные фонды обязательного медицинского страхования» в связи с ежегодным планом проведения выездных проверок, обращением страхователя за выделением средств, реорганизацией (ликвидацией), поступлением жалобы от застрахованного лица (нужное подчеркнуть)

**Зам.директора Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации**

(должность руководителя (заместителя руководителя), наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

**Беспалько Е.Б.**

(Ф.И.О.)

## РЕШИЛ:

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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

Регистрационный номер

**7003000366**

в органе контроля за уплатой страховых взносов

Код подчиненности

**70011**

ИНН

**7021020508**

КПП

**701701001**

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

**634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г,  
ТОМСКАЯ ОБЛ**

за период с 01.01.2013 г. по 31.12.2015 г.  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

**Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор**

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа  
Фонда социального страхования Российской Федерации)

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации.**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**Зам.директора**

(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)



(подпись)

**Беспалько Е.Б.**  
(Ф.И.О.)

Место печати территориального органа  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

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

**ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**

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



(подпись)

**«27» июня 2016 г.**  
(дата)

Место печати страхователя

### Справка

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

от 28.06.2016  
(дата)

№ 300 / Р

На основании решения руководителя (заместителя руководителя) о проведении выездной проверки  
Зам.директора Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(должность руководителя (заместителя руководителя), наименование органа контроля за уплатой  
страховых взносов)

**Беспалько Е.Б.**

от "27" июня 2016 г. № 300 / Р  
(дата)

**Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор**

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации**

(наименование органа контроля уплаты страховых взносов)

проведена выездная проверка правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному  
страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя **МУНИЦИПАЛЬНОЕ  
БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

Регистрационный номер

в органе контроля за уплатой страховых взносов

7003000366

Код подчиненности

70011

ИНН

7021020508

КПП

701701001

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

634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г. ТОМСКАЯ ОБЛ

за период с 01.01.2013 г. по 31.12.2015 г.  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 27.06.2016  
(дата)

проверка окончена 28.06.2016  
(дата)

Подписи должностных лиц органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших  
выездную проверку:

**Главный специалист-ревизор**

(должность)

(подпись)

**Малина Наталья Михайловна**

(Ф.И.О.)

28.06.2016

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на  
**ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**

\_\_\_\_\_ листах получил \*

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



28.06.2016

(дата)

**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 "30" июня 2016 г.

(дата)

**№ 300Р**

**Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор**

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

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

Регистрационный номер в органе контроля за  
уплатой страховых взносов

**7003000366**

Код подчиненности

**70011**

ИНН

**7021020508**

КПП

**701701001**

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

**634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г,  
ТОМСКАЯ ОБЛ**

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 территориальные фонды 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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

(территория проверяемого лица либо места территориального органа Фонда социального страхования)

1.2. Проверка проведена с **27.06.2016** года по **28.06.2016** года.

На основании решения

**Зам.директора Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального  
отделения Фонда социального страхования Российской Федерации**

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

**Беспалько Е.Б.**

(ФИО)

от **"27" июня 2016 г.**

(дата)

**№ 300 / Р**

Выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
 (дата)

На основании решения \_\_\_\_\_  
 (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
 (ФИО) (дата)

Выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
 (дата)

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер, либо лица исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)<sup>1</sup> в проверяемом периоде являлись:

<u>Руководитель</u> (наименование должности)	<u>ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА</u> (Ф.И.О.)
<u>Главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>Вагина Е.М.</u> (Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена выборочным методом по вопросам правильности начисления и выплаты пособий за счет средств Фонда социального страхования РФ  
 (сплошным, выборочным)

проверки представленных следующих документов:

Первичные бухгалтерские документы, первичная учетная документация по учету труда и его оплаты (справки о сумме заработка от других страхователей, из которых исчисляется пособие: документы, подтверждающие страховой стаж (трудовых книжки, трудовые договоры), учредительные документы, личные заявления, приказы, справки, листки нетрудоспособности.

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

1.5. В ходе проверки не были представлены следующие документы

-

(указываются виды 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 установлено:

Расходы на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, заявленные страхователем за проверяемый период за счет средств Фонда социального страхования:

	2013 год	2014 год	2015 г.
<b>пособие по временной нетрудоспособности:</b>			
число случаев	65	63	60
количество дней	592	628	628
расходы	241 693,68	308 387,25	362 053,47
средняя продолжительность б/л	9,11	9,97	10,47
среднедневное пособие	408,27	491,06	576,52
<b>пособие по беременности и родам:</b>			
число случаев	2,00	1	4

<sup>1</sup> Заполняется для организаций

количество дней	312,00	156	560
расходы	148 782,88	124 422,48	509 549,60
средняя продолжительность б/л	156,00	156,00	140,00
среднедневное пособие	476,87	797,58	909,91
<b>единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности:</b>			
количество выплат	1	1	4
расходы	638,03	669,93	2 827,08
<b>единовременное пособие по рождению ребенка:</b>			
количество выплат	2		4
расходы	34 027,78	0,00	75 388,56
<b>пособия по уходу за ребенком до достижения возраста 1,5 лет:</b>			
количество получателей	3	2	5
количество выплат	22	18	30
расходы	109 732,81	131 844,74	305 210,70
среднемесячное пособие	4 987,86	7 324,71	10 173,69
<b>оплата 4-х дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами</b>			
количество выплат	0,00	0,00	0,00
расходы	0,00	0,00	0,00
<b>социальное пособие на погребение:</b>	1	0	0
	6 193,00	0,00	0,00
<b>ИТОГО</b>	<b>541 068,18</b>	<b>565 324,40</b>	<b>1 255 029,41</b>

**Документы для начисления пособий представлены полностью. Все пособия сотрудникам выплачены.**

(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:

1<sup>2\*</sup>. Возместить страхователю сумму \_\_\_\_\_ рублей.

2\* Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме \_\_\_\_\_ рублей.

3<sup>3</sup>. 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:

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

2

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

3

Пункты 2 и 3 настоящего акта заполняются 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

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

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу РФ, 634034, г. Томск, ул. Белинского, 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 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)

**Главный специалист-ревизор  
Филиал № 1 Государственного учреждения -  
Томского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**

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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ  
ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

  
(подпись)

**Малина Наталья  
Михайловна**

(Ф.И.О.)

  
(подпись)

**ТОБОЛКИНА  
ИРИНА  
НИКОЛАЕВНА**

(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_ - \_\_\_ приложениями на \_\_\_ - \_\_\_ листах получил.

(кол-во  
приложений)

Руководитель **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА** **ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**

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

  
(подпись)

04.07.2016г.

**Руководитель ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**

(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)

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

**АКТ № 300н/с**

**ДОКУМЕНТАЛЬНОЙ ВЫЕЗДНОЙ ПРОВЕРКИ СТРАХОВАТЕЛЯ ПО  
ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ  
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

**Томск**

(наименование населенного пункта)

**"30" июня 2016 г.**

(дата акта)

Регистрационный номер страхователя

**7003000366**

Код подчиненности

**70011**

ИНН

**7021020508**

КПП

**701701001**

Код ИФНС России

**7017**

ОГРН

**1027000904480**

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

**634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г,  
ТОМСКАЯ ОБЛ**

год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	класс профессионального риска	размер страхового тарифа	скидка / надбавка
2013	80.21.2: Среднее (полное) общее образование	1	0,2	нет / нет
2014	80.21.2: Среднее (полное) общее образование	1	0,2	нет / нет
2015	80.21.2: Среднее (полное) общее образование	1	0,2	нет / нет

Расчетный (текущий) счет №

(наименование банка)

БИК

Проверяющие: **Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор**

(Ф.И.О., занимаемые должности уполномоченных на проведение проверки должностных лиц, отделения (филиала отделения) Фонда)

на основании решения от **«27» июня 2016 г. № 300н/с**

(дата)

**проведена проверка по вопросам начисления, уплаты страховых взносов на обязательное  
социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных  
заболеваний и расходования этих средств**

за период с **01.01.2013** по **31.12.2015 г.**

Проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 16.07.1999 № 165-ФЗ  
«Об основах обязательного социального страхования», Федеральным законом от 24.07.1998  
№ 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на

производстве и профессиональных заболеваний», постановлением Правительства Российской Федерации от 02.03.2000 № 184 «Об утверждении Правил начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и иными законодательными и нормативными правовыми актами по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Проверка начата 27.06.2016 г., окончена 27.06.2016 г.

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

Руководитель - ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА,  
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер - Вагина Е.М.,  
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Установленная дата выплаты заработной платы 15.

Комиссия (уполномоченный) по социальному страхованию имеется  
(имеется, не имеется)

Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ г.  
(дата) (дата)

акт от 27.05.2013 № 385 н/с  
(дата)

Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения устранены (не устранены), в случае не устранения нарушений – указывается их существо.

Расчетная ведомость по средствам Фонда представлена за периоды I квартал 2013г., I полугодие 2013г., 9 месяцев 2013г., год 2013г., I квартал 2014г., I полугодие 2014г., 9 месяцев 2014г., год 2014г., I квартал 2015г., I полугодие 2015г., 9 месяцев 2015г., год 2015г.

1. Настоящая проверка проведена сплошным методом  
(метод проведения проверки: сплошной, выборочный, с указанием на то,

какие вопросы проверены сплошным, какие выборочным методом)

В ходе проверки проверены: учредительные документы организации, организационно – распорядительные документы, определяющие систему оплаты труда и формы материального поощрения в данной организации, формы первичной учетной документации по учету кадров, первичные бухгалтерские документы, личные заявления, приказы, справки, листки нетрудоспособности.

(приводится перечень проверенных первичных документов, финансово-бухгалтерских и организационно-распорядительных документов, а также договоров гражданско-правового характера, на основании которых производились выплаты в пользу работников, на которые начисляются взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

К проверке не представлены<sup>1</sup>: НЕТ  
(приводится перечень не представленных документов)

2. Проведена проверка:

**2.1. Начисления страховых взносов по установленному законодательством тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки).**

**2.2. Расходов, произведенных страхователем в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.**

<sup>1</sup> Заполняется в случае неполного представления страхователем документов, связанных с расходованием средств Фонда.

2.3. Настоящей проверкой установлено следующее:

- По вопросам подтверждения вида деятельности и установлению страхового тарифа:

Основным видом экономической деятельности коммерческой организации является тот вид, который по итогам предыдущего года имеет наибольший удельный вес в общем объеме выпущенной продукции и оказанных услуг, а для некоммерческой организации - вид деятельности, в котором по итогам предыдущего года было занято наибольшее количество работников организации (пункт 9 Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2005 N 713).

В организации МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА основной вид экономической деятельности 80.21.2: Среднее (полное) общее образование. Данные первичных документов соответствуют данным расчетных ведомостей 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 (Форма-4).

- Страховые взносы начисляются с учетом ст. 20.1 и 20.2 Федерального закона № 125 – ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 года и постановления Правительства Российской Федерации п.3, п.4 от 02.03.2000 года № 184 «Об утверждении Правил начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

год	Выплаты и иные вознаграждения в пользу работников на которые начисляются страховые взносы	Начислено к уплате страховых взносов
2013	30227888,10	60455,79
2014	32918611,26	65837,23
2015	32395987,34	64791,97

- Страховые взносы перечисляются с нарушением ст. 22 п.4 Федерального закона № 125 – ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 года (Суммы страховых взносов перечисляются страхователями, нанимающими работников по трудовому договору (контракту), ежемесячно в срок, установленный для получения (перечисления) в банках или иных кредитных организациях средств на выплату заработной платы за истекший месяц, а страхователями, обязанными уплачивать страховые взносы на основании гражданско-правовых договоров, - в срок, установленный страховщиком). начислены пени.

Расходы, произведённые страхователем в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, заявленные страхователем:

-Пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве : **выплат нет**

-Пособия по временной нетрудоспособности в связи с профессиональными заболеваниями : **выплат нет**

- Оплата отпуска для санаторно-курортного лечения застрахованным : **выплат нет**

- Финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний - : **выплат нет**

(Приводятся документально подтвержденные факты нарушений порядка начисления, уплаты и расходования средств Фонда с обязательными ссылками на нормативные правовые акты или указание на отсутствие таких фактов)

3. Всего по результатам настоящей проверки установлено:

3.1. Недоимка в сумме **0,00** рублей, в том числе:

а) неуплаченные страховые взносы в сумме **0,00** рублей, из них в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов в Фонд в сумме **0,00** рублей;

б) расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме **0,00** рублей.

3.2. Излишне начисленные страховые взносы в Фонд в сумме **0,00** рублей.

4. По результатам настоящей проверки предлагается:

4.1. Уплатить **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА:**

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

Недоимку по страховым взносам в сумме **0,00** рублей,

Пени на недоимку по страховым взносам в сумме **0,89** рублей.

Сумма недоимки по страховым взносам и пени определяется ежемесячно с учетом излишне перечисленных страхователем страховых взносов, а также задолженности отделения (филиала отделения) Фонда.

4.2. Отообразить в бухгалтерском учете и расчетной ведомости по средствам Фонда недоимку по страховым взносам, в том числе доначисленные страховые взносы и не принятые к зачёту расходы.

4.3. Привлечь **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

к ответственности за нарушение порядка уплаты страховых взносов:

№ п/п	Вид нарушения	Сумма штрафа (руб.)	Законодательные акты, в соответствии с которыми применяется штрафная санкция
		0,00	

4.4. Перечислить в добровольном порядке

- **недоимку** в сумме **0** руб. **0** коп. (КБК 39310202050071000160),

- **пени** в сумме **0** руб. **89** коп. (КБК 39310202050072100160)

на расчетный (текущий) счет № **40101810900000010007**

**ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК Г.ТОМСК, БИК 46902001;**

(наименование банка)

- **штрафные санкции** в сумме **0** руб. **0** коп. (КБК 39310202050073000160)

на расчетный (текущий) счет № **40101810900000010007**

**ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК Г.ТОМСК, БИК 46902001;**

(наименование банка)

4.5. Устранить нарушения при уплате страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.  
(приводятся предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений)

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте проверки, а также с выводами и предложениями проверяющего Вы вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации  
(наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом Вы вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

В случае неуплаты в добровольном порядке недоимки, пени и штрафы региональным отделением Фонда будет принято решение о привлечении страхователя к ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Подписи лиц, проводивших проверку  
Главный специалист-ревизор  
Филиал № 1 Государственного учреждения -  
Томского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской  
Федерации  

---

(наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

Подпись руководителя (его представителя)  
  
МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА  

---

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

  
(подпись)

Малина Наталья  
Михайловна  
(Ф.И.О.)



  
(подпись)

ТОБОЛКИНА ИРИНА  
НИКОЛАЕВНА  
(Ф.И.О.)

Экземпляр акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил:  
(количество приложений)

Руководитель (его представитель): МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА,  
ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА  

---

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

  
(подпись)

ТОБОЛКИНА ИРИНА  
НИКОЛАЕВНА  
(Ф.И.О.)

"04" июля 2016 г.  
(дата)

Страхователь вправе участвовать в процессе рассмотрения материалов указанной проверки лично или через своего представителя. В этом случае необходимо подтвердить полномочия представителя, предъявив доверенность. Неявка лица, в отношении которого проводилась проверка, не является препятствием для рассмотрения материалов проверки.

**СПРАВКА**  
**О ПРОВЕДЕННОЙ ДОКУМЕНТАЛЬНОЙ ВЫЕЗДНОЙ ПРОВЕРКЕ**  
**28.06.2016 г. № 300н/с**

**Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор**  
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**

(наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

с 27.06.2016 по 28.06.2016 г. проведена документальная выездная проверка

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

по вопросам начисления, уплаты страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и расходования этих средств.

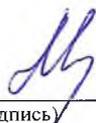
Регистрационный номер страхователя	<u>7003000366</u>
Код подчиненности	<u>70011</u>
ИНН	<u>7021020508</u>
КПП	<u>701701001</u>
Код ИФНС России	<u>7017</u>
ОГРН	<u>1027000904480</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г, ТОМСКАЯ ОБЛ</u>

за период с 01.01.2013 по 31.12.2015 г.

Подписи должностных лиц отделения Фонда  
(филиала отделения):

**Главный специалист-ревизор**  
**Филиал № 1 Государственного учреждения -**  
**Томского регионального отделения Фонда**  
**социального страхования Российской**  
**Федерации**

(наименование отделения Фонда  
(филиала отделения))

  
(подпись)

**Малина Наталья  
Михайловна**  
(Ф.И.О.)

Подпись руководителя (его представителя):

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ  
ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

  
**ТОБОЛКИНА ИРИНА  
НИКОЛАЕВНА**  
(Ф.И.О.)

Экземпляр справки на \_\_\_\_\_ листах получил:

**ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**  
(Руководитель организации (его представитель));

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ  
ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

  
(подпись)

**ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**  
(Ф.И.О.)

**28.06.2016 г.**  
(дата)

**УВЕДОМЛЕНИЕ  
ОБ УЧАСТИИ СТРАХОВАТЕЛЯ В РАССМОТРЕНИИ МАТЕРИАЛОВ  
ДОКУМЕНТАЛЬНОЙ ВЫЕЗДНОЙ ПРОВЕРКИ**

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

" 4 " июля 2016 г. № 300н/с

Зам.директора

(должность руководителя отделения (филиала отделения) Фонда)

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**

(наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

**Беспалько Е.Б.**

(Ф.И.О.)

руководствуясь частью 7 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ  
"Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве  
и профессиональных заболеваний", уведомляет

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

о том, что рассмотрение материалов проверки (акт № 300н/с от 30 июня 2016 г.) состоится «26»  
июля 2016 г. в 10 час. 00 мин. По адресу: РФ, 634034, г. Томск, ул. Белинского, 61

Страхователь вправе участвовать в процессе рассмотрения материалов указанной проверки  
лично или через своего представителя. В этом случае необходимо подтвердить полномочия  
представителя, предъявив доверенность. Неявка лица, в отношении которого проводилась  
проверка, не является препятствием для рассмотрения материалов проверки.

В случае неявки должностных лиц материалы проверки и представленные страхователем  
возражения, объяснения, другие документы рассматриваются в их отсутствие. По результатам  
рассмотрения материалов проверки составляется протокол.

Зам.директора

(руководитель отделения (филиала отделения) Фонда)

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**

(наименование отделения (филиала отделения) Фонда)

**Беспалько Е.Б.**

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати территориального органа Фонда  
социального страхования Российской Федерации

Дата выдачи уведомления

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

*Молова*

(подпись)

*Академикова И.У.*

(Ф.И.О.)

*04.07.2016*

(дата)

Место печати страхователя

**Уведомление  
о вызове плательщика страховых взносов**

от "4" июля 2016 г.  
(дата)

№ 300Н

**Беспалько Е.Б.**  
**Зам.директора Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации**

(Ф.И.О., должность, наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 29 Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О  
страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской  
Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды  
обязательного медицинского страхования" вызывает плательщика страховых взносов

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИНЕЙ Г. ТОМСКА**

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

регистрационный номер в органе контроля за

уплатой страховых взносов (код подчиненности) **7003000366 (70011)**

ИНН **7021020508**

КПП **701701001**

адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального **634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г,**

предпринимателя, физического лица **ТОМСКАЯ ОБЛ**

**в Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: **РФ, 634034, г. Томск, ул. Белинского, 61**

(место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов и N комнаты)

**в 10:00 часов "26" июля 2016 г.**

(указать день и время \*)

уведомляет о том, что состоится рассмотрение материалов проверки (акт № 300н от "30" июня 2016 г.)

(указать подробное описание цели вызова плательщика страховых взносов)

**Зам.директора Филиал № 1  
Государственного учреждения - Томского  
регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской  
Федерации**

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за  
уплатой страховых взносов)



(подпись)

**Беспалько Е.Б.**

(Ф.И.О.)

Телефон: \_\_\_\_\_

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил \*\*

**ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**

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

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

(подпись)

04.07.2016

(дата)

\* При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.

\*\* Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.

## Справка о проведенной выездной проверке

от 28.06.2016 г.  
(дата)

№ 300 Н

В соответствии с решением

**Зам.директора**

(должность руководителя (заместителя руководителя), наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации**

(наименование органа контроля уплаты страховых взносов)

**Беспалько Е.Б.**

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

о проведении выездной проверки от "27" июня 2016 г. № 300 Н  
(дата)

**Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор**

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации**

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА**

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

регистрационный номер в органе контроля за

уплатой страховых взносов

7003000366

код подчиненности

70011

ИНН

7021020508

КПП

701701001

адрес места нахождения организации

634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г,

(обособленного подразделения)/адрес

ТОМСКАЯ ОБЛ

постоянного места жительства индивидуального

предпринимателя, физического лица

за период с 01.01.2013 г. по 31.12.2015 г.  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 27.06.2016  
(дата)

проверка окончена 28.06.2016  
(дата)

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов, проводивших выездную проверку:

**Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор**

_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О.) (должность)
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О.) (должность)
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О.) (должность)

**28.06.2016**

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ листах получил

**ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**

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

\_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_ (дата)

Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов

**ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**

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

от получения настоящей справки уклоняется .

Направить настоящую справку по почте.

\_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_ (дата)

Примечание.

В случае если плательщик страховых взносов (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется плательщику страховых взносов по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

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

филиал № 1 Государственного учреждения -  
Томского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской  
Федерации  
РФ, 634034, г. Томск, ул. Белинского, 61  
Тел: 60-84-16

Приложение № 16  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской  
Федерации  
от 11 января 2016 г. № 2  
Форма 18-ФСС РФ

## Акт выездной проверки

от 30.06.2016  
(дата)

№ 300 /Н

Нами (мною), Малина Наталья Михайловна - Главный специалист-ревизор

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

Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА

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

регистрационный номер в органе контроля за  
уплатой страховых взносов

7003000366

код подчиненности

70011

ИНН

7021020508

КПП

701701001

адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г,  
ТОМСКАЯ ОБЛ

за период с 01.01.2013 г. по 31.12.2015 г.

Выездная проверка проведена в соответствии с 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" (далее - Федеральный закон от 24 июля 2009 г. №212-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки 634055, ВАВИЛОВА УЛ, д. 8, ТОМСК Г, ТОМСКАЯ ОБЛ

(территория проверяемого лица либо места нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов)

2. Выездная проверка начата

27.06.2016

(дата)

, окончена

28.06.2016

(дата)

3. В соответствии с решением

Зам.директора

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

Беспалько Е.Б.

(Ф.И.О.)

от

(дата)

№

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_ .  
(дата)

4. В соответствии с решением  
Зам.директора

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

Беспалько Е.Б. 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** ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА  
(наименование должности) (Ф.И.О.)

**Главный бухгалтер** Вагина Е,М,  
(наименование должности) (Ф.И.О.)

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

следующих документов: уведомление ИФНС о виде применяемого налогового режима, учредительные документы организации, организационно – распорядительные документы, определяющие систему оплаты труда и формы материального поощрения в данной организации, формы первичной учетной документации по учету кадров, первичные бухгалтерские документы, лицевые счета на предмет превышения предельной величины базы для начисления страховых взносов, личные заявления, приказы, справки.

(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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ,  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ .  
(дата)

9. Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА применяет общий налоговый режим.**

**Страховые взносы начисляются с учетом ст. 7 Федерального закона 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 территориальные фонды обязательного медицинского страхования».**

**В обязанности плательщиков страховых взносов – работодателей входит ведение в отношении каждого физического лица учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений, а также исчисленных с них страховых взносов (ч.6 ст. 15, п.2ч.1ст.28 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ) Для ведения такого учета рекомендована форма карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат(иных вознаграждений) и страховых взносов. Организацией МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА карточки представлены.**

\* Заполняется для организаций.

год	Выплаты и иные вознаграждения начисленные в пользу работников	Начислено к уплате страховых взносов
2013	38324470,74	847816,68
2014	41585749,05	936797,54
2015	41879136,74	923887,17

Данные первичных документов соответствуют данным расчетных ведомостей 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 (Форма-4).

	2013	2014	2015
Ст. 9 Федерального закона 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 территориальные фонды обязательного медицинского страхования" Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами	8096582,64	8667137,79	9483149,20
Ст. 8 Федерального закона 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 территориальные фонды обязательного медицинского страхования" Суммы, превышающие предельную величину базы для начисления страховых взносов	992831,31	615248,12	537809,51

Страховые взносы перечисляются с нарушением ст. 15 Федерального закона 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 территориальные фонды обязательного медицинского страхования". В соответствии со статьями 10, 15, 25 Закона № 212-ФЗ 24 июля 2009 г начислены пени.

10.1. выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
	0

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
	0;

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)
	<b>0;</b>

10.1.3. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – расчет)

за \_\_\_\_\_ период с **01.01.2013 г. по 31.12.2015 г** \_\_\_\_\_  
(период)

Установленный срок представления расчета \_\_\_\_\_  
(дата)

Расчет представлен \_\_\_\_\_, не представлен (ненужное зачеркнуть);

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

\_\_\_\_\_ (приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА** \_\_\_\_\_ :  
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации за \_\_\_\_\_ **01.01.2013-31.12.2015** \_\_\_\_\_ в размере \_\_\_\_\_ **0** \_\_\_\_\_ руб.  
(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере **4,34** руб.;

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. \_\_\_\_\_  
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11.4. привлечь **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ АКАДЕМИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ Г. ТОМСКА** \_\_\_\_\_  
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью 1 статьи 47 Федерального закона от 24 июля 2009 г. №212-ФЗ

неуплату страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов взыскать штраф в размере 20 процентов неуплаченной суммы страховых взносов в размере 0,00 руб., сумма неуплаченных страховых взносов составила 0 руб. Сумма штрафа составила 0 руб.,

\_\_\_\_\_ (указывается состав правонарушения)

11.4.2. Перечислить в добровольном порядке

- недоимку в сумме **0,00 руб.** (КБК 39310202090071000160),  
- пени в сумме **4,34 руб.** (КБК 39310202090072000160),  
- штрафные санкции в сумме **0,00 руб.** (КБК 39310202090073000160)  
на расчетный (текущий) счет № **40101810900000010007**

**ОТДЕЛЕНИЕ ТОМСК Г.ТОМСК, БИК 46902001;**

\_\_\_\_\_ (наименование банка)

Приложение: на \_\_\_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в \_\_\_\_\_

**Филиал № 1 Государственного учреждения - Томского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации**

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом плательщик страховых взносов вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа, проводивших проверку

Малина Наталья Михайловна -  
Главный специалист-ревизор

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

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

Руководитель

ТОБОЛКИНА  
ИРИНА  
НИКОЛАЕВНА



Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов  
лицей

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил.

(кол-во  
приложений)

**ТОБОЛКИНА ИРИНА НИКОЛАЕВНА**

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

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

(подпись)

04 июля 2016

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется \*.

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