

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Филиал № 2 Государственного учреждения
– регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации по Ямало-
Ненецкому автономному округу

ул. Изыскателей. 41, г.Ноябрьск, 629810
тел. 42-81-66, 42-83-03, Факс 42-83-35
e-mail: filial2@ro89.fss.ru

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 30.10.2015

№ 38 осс/р

Горкунов Максим Николаевич - Главный специалист-ревизор
(Ф.И.О., должность, лица, проводившего проверку)

Филиал № 2 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации по Ямало-Ненецкому автономному округу,
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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

Муниципальное бюджетное учреждение культуры «Центр досуга «Нефтяник» муниципального
образования город Ноябрьск
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер	<u>8902001270</u>
Код подчиненности	<u>89021</u>
Код ИФНС	<u>8905</u>
ИНН	<u>8905027821</u>
КПП	<u>890501001</u>
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)	<u>629802, РФ, ЯНАО, г.Ноябрьск, ул. Ленина, д.12</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 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 г.Ноябрьск, ул. Ленина, д.12
(территория проверяемого лица либо места территориального
органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

1.2. Проверка проведена с «12» октября 2015 г. по «29» октября 2015 г.

На основании решения

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

_____- (Ф.И.О.) _____ от _____ (дата) _____ № _____

выездная проверка была приостановлена с _____. (дата)

На основании решения

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

_____- (Ф.И.О.) _____ от _____ (дата) _____ № _____

выездная проверка была возобновлена с _____. (дата)

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

Директор _____ Зубко Е.Д. (наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____ Кашкина М.А. (наименование должности) (Ф.И.О.)

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

проверки представленных следующих документов: 1. Учредительные документы; 2. Приказы о приеме на работу, приказы об увольнении, заявления; 3. Трудовые договора, по которым предусмотрена выплата заработной платы или иных вознаграждений; 4. Трудовые книжки работников; 5. Другие документы, имеющие отношение к выплатам в пользу работников (доход) не относящихся к фонду оплаты труда; 6. Табеля учета использования рабочего времени расчета заработной платы ; 7. Сводные накопительные ведомости по заработной плате по видам оплат и свод отчислений и налогов (помесечно); 8. Лицевые счета работников; 9. Документы по назначению, исчислению и выплате пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам; 10. Документы по назначению и выплате ежемесячного пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет; 11. Документы подтверждающие расходы на выплату единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности; Документы по назначению и выплате единовременного пособия при рождении ребенка.

(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 не проводилась.

2. Настоящей проверкой установлено*:

При проверке документов, подтверждающих расходы на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя 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 рублей 00 коп.

Приложение: на _____ листах.

¹ Заполняется для организаций

* Раздел заполняется в случае выявления нарушений

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 № 2 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Ямало-Ненецкому автономному округу
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

по адресу: 629810, ЯНАО, г.Ноябрьск, ул. Изыскателей 41

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 №2 ГУ-РО Фонда социального страхования
Российской Федерации по Ямало-Ненецкому АО
(должность, наименование территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации)
Горкунов М.Н.
(подпись) (Ф.И.О.)

Муниципальное бюджетное учреждение
культуры «Центр досуга «Нефтяник»
муниципального образования город Ноябрьск
(должность, наименование организации (обособленного
подразделения))
Мирошников И.И.
(подпись) (Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил.
(кол-во приложений) 3

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

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))
И.И. Мирошников 30.10.2015
(подпись) (дата)

(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)
ДОКУМЕНТОВ

(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.