

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Акт выездной проверки

от 26.12.2013г.
дата)

№ 318

Нами (мною), КУЛЕШОВЫМ А.И. - **ведущим специалистом-экспертом**

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

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты

УПФР в городе Обнинске

(перечисления) страховых взносов на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховых взносов на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования плательщиком страховых взносов: **Муниципальное предприятие города Обнинска, Калужской области «ОБНИНСКАЯ ТИПОГРАФИЯ».**

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

Регистрационный номер в органе контроля
за уплатой страховых взносов

050-028-001402

ИНН

4025053812

КПП

402501001

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

г. Обнинск, ул. Комарова, д. 6.

за период с 01.01.2010 г. по 31.12.2012г.

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 и территориальные фонды обязательного медицинского страхования".

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки **г. Обнинск, Калужской области, 249038, ГУ УПФР в городе Обнинске, пр-кт, Ленина, 121.**

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

1.2. Выездная проверка начата 10.12.2013г., окончена 26.12.2013г.
(дата) (дата)

На основании решения

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

от

№

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

На основании решения

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

(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)* в проверяемом периоде являлись:

(наименование должности)

(Ф.И.О.).

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена **сплошным** (**выборочным**) методом проверки представленных _____

или имеющихся у органа контроля за уплатой страховых взносов следующих документов: **расчётные ведомости РСВ-1 за 2010 - 2012гг., (01.01.2010 — 31.12.2012гг.), ведомости по з/п за 2010-2012гг. , устав, кассовые и банковские документы, приказы, главные книги, коллективный договор. Индивидуальные сведения проверены .**

1.5. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

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

1.6. Предыдущая проверка проводилась с _____ по _____,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ № _____.
(дата)

Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

2. Настоящей проверкой установлено:

2.1. ~~Выявлены~~/не выявлены нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах: ..

2.2. Выявлено:

2.2.1. Занижение базы для начисления страховых взносов:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)				
	на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации			на обязательное медицинское страхование	
	всего	на страховую часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии	в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	в территориальные фонды обязательного медицинского страхования

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

* Заполняется для организаций.

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)				
	на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации			на обязательное медицинское страхование	
	всего	на страховую часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии	в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	в территориальные фонды обязательного медицинского страхования

2.2.2. Неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия) _____ :
(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)				
	на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации			на обязательное медицинское страхование	
	всего	на страховую часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии	в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	в территориальные фонды обязательного медицинского страхования

2.2.3. Непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и в территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее – расчет) за _____ .

(период)

Установленный срок представления расчета _____ .
(дата)

Расчет представлен _____
(дата)

Расчет не представлен

(ненужное зачеркнуть)

2.2.4. Другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах

(приводятся документы, подтверждающие факты правонарушений)

3. По результатам настоящей проверки предлагается:

3.1. Взыскать с _____
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица) _____ :

3.1.1. Суммы неуплаченных страховых взносов в размере _____ руб., в том числе страховых взносов на обязательное пенсионное страхование

за _____ - _____ руб.,
(период)

в том числе:

на страховую часть трудовой пенсии
за _____ - _____ руб.;
(период)

на накопительную часть трудовой пенсии
за _____ - _____ руб.;
(период)

страховых взносов на обязательное медицинское страхование
за _____ руб.,
(период)

в том числе:

в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
за _____ руб.;

в территориальные фонды обязательного медицинского страхования
за _____ руб.
(период)

3.1.2. Пени в размере _____ руб., в том числе:

а) за неуплату страховых взносов, указанных в п. 3.1.1 настоящего акта, _____ руб.,

в том числе:

в Пенсионный фонд
Российской Федерации

В размере _____ руб.;

в том числе:

на недоимку по страховым взносам на
страховую часть трудовой пенсии

В размере _____ руб.;

на недоимку по страховым взносам на
накопительную часть трудовой пенсии

В размере _____ руб.;

в Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования

В размере _____ руб.;

в территориальный фонд обязательного
медицинского страхования

В размере _____ руб.;

б) за уплату страховых взносов в более поздние по сравнению с установленными сроки
_____ руб., в том числе:

в Пенсионный фонд
Российской Федерации

В размере _____ руб.;

в том числе:

на недоимку по страховым взносам на
страховую часть трудовой пенсии

в размере _____ руб.;

на недоимку по страховым взносам на
накопительную часть трудовой пенсии

в размере _____ руб.;

в Федеральный фонд обязательного
медицинского страхования

в размере _____ руб.;

в территориальный фонд обязательного
медицинского страхования

в размере _____ руб.

3.2. Плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы
бухгалтерского учета.

3.3. _____

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

3.4. Привлечь _____

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

к ответственности, предусмотренной:

а) частью _____ статьи _____ 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” за _____

(указывается состав правонарушения)

б) _____

Приложение: на _____ листах.

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

УПФР в городе Обнинске

(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. 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 органа контроля за уплатой страховых взносов, проводившего проверку

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

Ведущий специалист-эксперт

(должность, наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

А.И. КУЛЕШОВ

(Ф.И.О.)

Директор МП

« ОБНИНСКАЯ ТИПОГРАФИЯ » .

(должность руководителя организации (обособленного подразделения))

**ГОРЮНОВ ГРИГОРИЙ
НИКОЛАЕВИЧ .**

(Ф.И.О.)

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

**Директор МП « ОБНИНСКАЯ ТИПОГРАФИЯ » - ГОРЮНОВ ГРИГОРИЙ
НИКОЛАЕВИЧ .**

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

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

(подпись)

26.12.13
(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)

(дата)

Место печати органа контроля за уплатой страховых взносов

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