

Пенсионный фонд Российской Федерации
Государственное учреждение - Отделение
Пенсионного фонда Российской Федерации
по Белгородской области
Государственное учреждение - Управление
Пенсионного фонда Российской Федерации
в Ровеньском районе Белгородской области
(УПФР в Ровеньском районе Белгородской области)
ул. Ленина, 63 г. Ровеньки Белгородская область, 309700
т/факс: 344/2303-50-48, 5-60-14 e-mail: 011023-1377@pfr.ru
ОГРН 4188552 ОГРН ИС210200106 ИНН09 3117000311/0301

Приложение 16
Утверждена постановлением
Правления ПФР
от 11 января 2016 г.

№ 1н

Форма 16-ПФР

№ _____
на № _____ от _____

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Акт выездной проверки

от 12.11.2019г.
(дата)

N 8

Нами (мною),

Главный специалист-эксперт ПУ и ВС Михайличенко Лариса Викторовна.

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

ГУ УПФР В РОВЕНЬСКОМ РАЙОНЕ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(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 пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховых взносов
на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования плательщика
страховых взносов

БСУСОСЗН "РОВЕНЬСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

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

регистрационный номер в органе
контроля за уплатой страховых взносов
ИНН
КПП

041-023-000702

3117002478

311701001

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

309752, БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ, РОВЕНЬСКИЙ Р-Н, БАРСУЧЬЕ С.

за период с 01.01.2016 по 31.12.2016

1. Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах
Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фон
обязательного медицинского страхования» (далее - Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ)*.

2. Место проведения выездной проверки

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

3. Выездная проверка начата

25.09.2019г.

окончена

12.11.2019г.

(дата)

(дата)

4. В соответствии с решением

null

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

(Ф.И.О.)

от

(дата)

N

_____ (дата)

5. В соответствии с решением

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

_____ null

от

N _____

_____ (Ф.И.О.)

_____ (дата)

выездная проверка была возобновлена с

_____ (дата)

6. В соответствии с решением

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

_____ null

от

N _____

_____ (Ф.И.О.)

_____ (дата)

срок проведения выездной проверки был продлен на

_____ (срок продления)

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

8. Выездная проверка проведена

_____ выборочным

_____ (сплошным, выборочным)

методом проверки представленных или имеющихся у органа контроля за уплатой страховых взносов следующих документов

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

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

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

10.1.3. непредоставление 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 (далее – расчет)

за _____ (период)

Установленный срок предоставления расчета _____ (дата)

Расчет предоставлен _____, не предоставлен (не нужно 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

ГБУСООСЭЗН "РОВЕНЬСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

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

11.1.1. суммы недоуплаченных страховых взносов в размере _____ 0 _____ руб. 0 коп.,
в том числе страховых взносов на обязательное пенсионное страхование
за _____ 01.01.2016 – 31.12.2016 _____ 0 _____ руб. 0 коп.
(период)

из них:

за периоды, начиная с 2014 года
за _____ 01.01.2016 – 31.12.2016 _____ 0 _____ руб. 0 коп.
(период)

на страховую пенсию (за периоды 2010-2013 гг.)
за _____ 01.01.2016 – 31.12.2016 _____ 0 _____ руб. 0 коп.
(период)

на накопительную пенсию (за периоды 2010-2013 гг.)
_____ 01.01.2016 – 31.12.2016 _____ 0 _____ руб. 0 коп.
(период)

по дополнительному тарифу в отношении выплат работникам, занятым на видах работ, указанных в пп. 1 п. 1 ст. 27
Федерального закона от 17 декабря 2001 г. N 173-ФЗ (с 01.01.2015 - п. 1 ч. 1 ст. 30 Федерального закона от 28 декабря 2013
г. N 400-ФЗ), в соответствии с ч. 1 и ч. 2.1 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ

за _____ 01.01.2016 – 31.12.2016 _____ 0 _____ руб. 0 коп.
(период)

по дополнительному тарифу в отношении выплат работникам, занятым на видах работ, указанных в пп. 2-18 п. 1 ст. 27
Федерального закона от 17 декабря 2001 г. N 173-ФЗ (с 01.01.2015 - п. 1 ч. 2-18 п. 1 ст. 30 Федерального закона от 28 декабря
2013 г. N 400-ФЗ), в соответствии с ч. 2 и ч. 2.1 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ

за _____ 01.01.2016 – 31.12.2016 _____ 0 _____ руб. 0 коп.
(период)

страховых взносов на обязательное медицинское страхование
за _____ 01.01.2016 – 31.12.2016 _____ 0 _____ руб. 0 коп.
(период)

в том числе:

в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
за _____ 01.01.2016 – 31.12.2016 _____ 0 _____ руб. 0 коп.
(период)

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере _____ 0 _____ руб. 0 _____ коп. в том числе:

в Пенсионный фонд Российской Федерации

в размере _____ 0 _____ руб. 0 _____ коп.

из них:

на недоимку по страховым взносам за периоды, начиная с 2014 года

в размере _____ 0 _____ руб. 0 _____ коп.

на недоимку по страховым взносам на страховую пенсию (за периоды 2010-2013 гг.)

в размере _____ 0 _____ руб. 0 _____ коп.

на недоимку по страховым взносам на накопительную пенсию (за периоды 2010-2013 гг.)

в размере _____ 0 _____ руб. 0 _____ коп.

на недоимку по дополнительному тарифу в отношении выплат работникам, занятым на видах работ, указанных в пп. 1 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17 декабря 2001 г. N 173-ФЗ (с 01.01.2015 - п. 1 ч. 1 ст. 30 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 400-ФЗ), в соответствии с ч. 1 и ч. 2.1 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ

в размере _____ 0 _____ руб. 0 _____ коп.

на недоимку по дополнительному тарифу в отношении выплат работникам, занятым на видах работ, указанных в пп. 2-18 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17 декабря 2001 г. N 173-ФЗ (с 01.01.2015 - п. 1 ч. 2 ст. 30 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. N 400-ФЗ), в соответствии с ч. 2 и ч. 2.1 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ

в размере _____ 0 _____ руб. 0 _____ коп.

в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

в размере _____ 0 _____ руб. 0 _____ коп.

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

ГТБСУСССЗН "РОВЕНЬСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

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

к ответственности, предусмотренной:

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на _____ листах.

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

ГУ-УФР В РОВЕНЬСКОМ РАЙОНЕ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

(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.

