



► URSSAF BOURGOGNE

Département Contrôle
Affaire suivie par : Elisabeth PERCEVAL
Tél. (ligne directe) : 03.80.74.64.35
Courriel : elisabeth.perceval@urssaf.fr

JARDIN DE L ESTHETIQUE
En la personne de son représentant légal
PASSAGE STE HELENE
24 PL CARNOT
21200 BEAUNE

Adresse de correspondance :
8 Bd Clémenceau
21037 DIJON CEDEX 9

Références à rappeler : 429360191-AP

Lettre Recommandée avec A.R.
2C 070 060 3656 9

Dijon, le 21 septembre 2015

Objet : Avis de Contrôle

Madame, Monsieur,

Je vous informe que votre entreprise va faire l'objet d'un contrôle d'assiette sur pièces dans les locaux de l'URSSAF, en application des articles L.243-7 à L.243-13, L.114-14 et L.114-16, R.243-59 et R.243-59-3 du code de la sécurité sociale.

Je vous précise que cette procédure de contrôle ne nécessite pas votre présence ni celle de votre conseil.

Ce contrôle de l'application des législations sociales, de l'assurance chômage et de la garantie des salaires « AGS » portera sur l'année 2013 et débutera à compter du 21/10/2015.

De plus, si vous possédez plusieurs établissements, je vous prie de me contacter avant tout envoi des pièces du dossier.

Dans le cas contraire vous voudrez donc bien me faire parvenir, au plus tard pour le 21/10/2015 **les copies** des documents établis au titre de l'année 2013 nécessaires à la vérification à savoir :

- Le questionnaire joint à ce courrier dûment complété et signé.
- Le tableau récapitulatif des cotisations de sécurité sociale.
- Etat déclaratif des honoraires, commissions et vacations (DAS 2).
- Les contrats donnant lieu à exonération de cotisations de sécurité sociale.
- Tous les bulletins de salaires de l'année contrôlée.
- Journal de paie annuel et/ou les fiches individuelles par salarié.
- Les états justificatifs mensuels de la réduction générale des cotisations.
- La ou les liasse (s) fiscale (s) correspondant à l'année contrôlée. *
- Le bilan, la balance et le compte de résultats pour l'année contrôlée. *
- Feuillet du grand livre de comptabilité générale de l'exercice clôturé (détails des écritures des comptes 421-425-427-455 et de l'intégralité des comptes de la classe 6). *
- Le règlement d'un plan d'épargne (P.E.E, P.E.I, PERCO...) Récépissé de dépôt auprès de l'administration compétente. Les modalités de répartition concernant l'année contrôlée et les montants alloués par salarié.

- Etat de répartition des sommes versées sur l'année contrôlée au titre d'un contrat d'intéressement.
 - Conventions de stages.
 - Accords transactionnels et/ou jugements prud'homaux (Conseil des prud'hommes, Cour d'Appel, Cour de Cassation).
 - Déclaration récapitulative annuelle (DRA) adressée à Pôle emploi.
 - Décision éventuelle de Pôle emploi (ex : Assedic/GARP) sur la participation au régime d'assurance chômage du mandataire social ou associa. Ce document est notamment nécessaire pour la vérification des exonérations de cotisations dont le bénéfice s'applique uniquement aux personnes relevant du champ d'application de l'assurance chômage (par exemple les réductions générales des cotisations).
- En l'absence de décision, il convient de solliciter, dès réception de ce courrier, une étude auprès de Pôle emploi, concernant la participation au régime d'assurance chômage de ces catégories de salariés. Le dossier à remplir est disponible sur le site : <http://www.pole-emploi.fr>

* En cas d'exercice comptable décalé par rapport à l'année civile, merci de fournir les documents fiscaux et comptables couvrant l'intégralité de l'année contrôlée.

Au cours de ce contrôle, vous avez la possibilité de vous faire assister du conseil de votre choix. Si vous confiez l'envoi des documents à votre cabinet comptable, vous voudrez bien compléter le mandat ci-joint et le renvoyer dûment signé accompagnant l'envoi des documents.

Pour vous informer de vos droits, une « Charte du cotisant contrôlé » est consultable sur le site <http://www.urssaf.fr>. Ce document peut à votre demande vous être adressé par courrier.

Pour des raisons de confidentialité, vous voudrez bien porter la mention « A l'attention de PERCEVAL Elisabeth » ainsi que l'inscription « **NE PAS OUVRIR** » sur l'enveloppe contenant copies des documents demandés.

Ces documents peuvent être transmis :

- sous forme papier à l'adresse de correspondance suivante :
8 Bd Clémenceau 21037 DIJON CEDEX 9
- ou de façon dématérialisée à l'adresse courriel :
elisabeth.perceval@urssaf.fr.

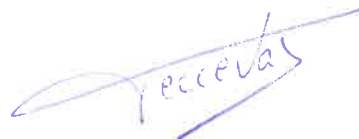
En cas de difficulté d'exploitation, je vous adresserai une demande complémentaire.

En cas de non-transmission des éléments demandés ou lorsque l'examen des pièces nécessite d'autres investigations, cette procédure de contrôle sur pièces sera clôturée par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception vous informant qu'un contrôle sur place sera engagé en vos locaux, dans les conditions fixées par les articles R.243-59, R.243-59-1 et R.243-59-2 du code de la sécurité sociale.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le contrôleur du recouvrement

Elisabeth PERCEVAL



MANDAT

Mon entreprise devant faire l'objet d'un contrôle sur pièces dans les locaux de l'URSSAF de Dijon

Je, soussigné

Nom :

Prénom :

agissant en qualité de représentant légal de l'entreprise :.....

déclare donner mandat général à M.....

en sa qualité de

pour remplir les obligations qui sont les miennes en vertu des articles L.243-11, L.243-12,R.243-59 et R.243-59-3 du code de la sécurité sociale, et ce dans le cadre du contrôle de l'application de la législation sociale, de l'assurance chômage et de la garantie des salaires AGS, portant sur la période du 01/01/2013 au 31/12/2013.

Il m'appartient néanmoins de permettre à l'agent en charge de ce contrôle, d'accéder aux informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

Renseignement concernant le mandataire : (cabinet comptable ou conseil de l'entreprise)

Nom et Adresse :.....

.....

.....

.....

Numéro de téléphone :.....

Courriel :.....@.....

Etabli à, le pour faire valoir ce que de droit.

Le représentant légal

Cachet de l'entreprise

Questionnaire Contrôle sur pièces TPE¹

Préparation de la vérification comptable

Nom ou raison sociale	JARDIN DE L ESTHETIQUE
N° téléphone	
N° télécopie	
Adresse électronique	
SIREN	429360191
Personne à contacter	

Vous voudrez bien compléter ou faire compléter par votre expert-comptable les rubriques ci-après. Les informations contenues seront exploitées par un agent de contrôle agréé, assermenté et tenu au secret professionnel (Ce document devra nous être retourné avec les pièces demandées dans l'avis de contrôle joint)

IMPORTANT : LES INFORMATIONS PORTEES SUR CE QUESTIONNAIRE DOIVENT CORRESPONDRE A LA SITUATION DE L'ANNEE CONTROLEE.

1) Caractéristiques juridiques

Dirigeant(s)

Nom :

Prénom :

Titre :

Le dirigeant est-il salarié rémunéré de l'entreprise ? Oui Non

Si oui est-il titulaire d'un contrat de travail ? Oui Non (Joindre une copie du contrat)

Le dirigeant est-il travailleur indépendant ? Oui Non

Si oui veuillez préciser le n° de compte d'affiliation à l'URSSAF :

Le dirigeant est-il loueur de fonds ? Oui Non

Si oui, montant annuel de la location gérance :

Si oui, fournir le contrat de location gérance ainsi que les bilans et compte de résultat liés à cette location-gérance.

Le dirigeant exerce-t-il une activité dans une autre société ? Oui Non

Si oui veuillez préciser laquelle ainsi que la raison sociale et le numéro Siren de la société :

.....

.....

¹ TPE : Très petites entreprises

1) Caractéristiques juridiques (suite)**Dirigeant(s)****Répartition du capital (principaux associés)**

Nom ou Raison Sociale des associés	Nombre d'actions ou de parts
1 -
2 -
3 -
4 -

Autres renseignementsCette société possède-t-elle des Ets secondaires ? Oui Non Combien ?.....Si Oui, hors circonscription de l'URSSAF de : Oui Non

Préciser les URSSAF concernées

Compte à la CCVRP : Oui Non Effectif

Si oui : Joindre la déclaration annuelle des cotisations CCVRP de l'année contrôlée.

2) Activité de l'entreprise

Descriptif sommaire :

Convention collective appliquée ?

Activité permanente : Oui Non

- Si activité saisonnière durée exprimée en mois :

3) Exercice comptable

Date de clôture du dernier exercice : Durée : (en mois)

Nom et adresse de votre cabinet d'expertise comptable ou de votre conseil :

Personne à contacter :

N° tél. : N° fax :

courriel: