

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Багаева, д.55, г. Иваново, Ивановская область, 153000
телефон 8 (4932) 31-23-00, ,
e-mail: opfr1301@047.pfr.gov.ru, ОГРН 1023700547584,
ИНН/КПП 3731001044/370201001

Приложение № 9
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31 мая 2023 г.

№ 933

Форма

**Акт выездной проверки
правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых
взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного вида
экономической деятельности**

от 18.03.2024
(дата)

№ 37002450000923

Нами (мною), Ефремовым Алексеем Александровичем, Главным специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей
и руководителя группы)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты
(перечисления) страховых взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного
вида экономической деятельности

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЦЕНТР
ГРАЖДАНСКОГО И ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ "ВЫСОТА" (МБУ ДО ЦГПВ "ВЫСОТА")**

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при
наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 047023010065/3701006581

код территориального органа Фонда 047

ИНН 3702137330

КПП 370201001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 153012, Ивановская область, Г. ИВАНОВО,
УЛ. КОЛОТИЛОВА, Д.43

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2021	85.41	1	0,200	Нет
2022	85.41	1	0,200	Нет
2023	85.41	1	0,200	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля
1998 г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, Ивановская область, Г. ИВАНОВО, УЛ. КОЛОТИЛОВА, Д.43

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата

29.02.2024

(дата)

окончена

18.03.2024

(дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

от

№

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

от

№

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была возобновлена с

(дата)

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

ДИРЕКТОР

(должность)

ЛАДИХИНА АННА ВЛАДИМИРОВНА.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена

выборочным

(сплошным, выборочным)

методом проверки представленных

1. следующих документов: В ходе проверки проверены следующие документы: гражданско-правовой договор с организацией, проводящей специальную оценку условий труда, заключение эксперта по результатам специальной оценки условий труда, документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, сводные ведомости, документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор), табели учета рабочего времени, штатное расписание (штатная расстановка), заявления и приказы на выплату работникам материальной помощи, должностные инструкции, договора на проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров, заключительные акты по результатам медицинских осмотров и другие документы

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

(дата)

по

(дата)

акт выездной проверки от

(дата)

№

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено: В соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013г. № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда» в учреждении проведена специальная оценка условий труда: -33 рабочих мест на основании договора № 1/38 от 25.02.2021г. заключенного с ООО «Ивпромэнергоремонт». Заключение эксперта № 58С от 25.03.2021г. 25.03.2021г. составлен Отчет о проведении специальной оценки условий труда;

- 6 рабочих мест на основании договора № 21И-2023 от 06.04.2023г. заключенного с ООО «ГК «ДМиТ». Заключение эксперта № 21И-2023-37 от 27.04.2023г. 05.05.2023г. составлен Отчет о проведении специальной оценки условий труда, что соответствует вышеуказанному Закону.

Проведены обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры работников на основании договоров, заключенных:

- в 2021г. с ООО ЦЛПМ «Медиком» от 16.03.2021г. № 193 - 66 работников. Заключительный акт от 21.04.2021г.;

- в 2022г. с ООО «Практика» от 21.03.2022г. № МДДТЗ/2022 - 61 работника. Заключительный акт от 04.05.2022г.;

- в 2023г. с ООО ЦЛПМ «Медиком» от 03.04.2023г. № М/2023 - 63 работников. Заключительный акт от 24.04.2023г.;

В соответствии со ст. 22.1 и ст. 26.11 Федерального закона от 24.07.1998 г. №125-ФЗ за уплату страховых взносов позднее установленного срока были начислены пени в размере 0,14 руб.

10.1. Выявлены/~~не выявлены~~ (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. Занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации:

не выявлены.

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

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

10.1.2. Неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия):

не выявлена.

(указать каких)

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

10.1.3. Произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами:

нарушений не выявлено.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)

10.1.4. Непредставление в установленный срок сведений о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее - сведения)

за _____ не выявлено.

(период)

Установленный срок представления сведений _____

(дата)

Сведения представлены _____, не представлены (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. Другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

не выявлены.

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Взыскать с МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЦЕНТР ГРАЖДАНСКОГО И ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ "ВЫСОТА" (МБУ ДО ЦГПВ "ВЫСОТА") :
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии). индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2021 - 31.12.2023
(период)

в размере 0,00 рублей;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации, за периоды до 01.01.2021 в сумме 0,00 рублей.

11.1.2. Пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,14 рублей;

11.2. Страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. _____;

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. Привлечь

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЦЕНТР ГРАЖДАНСКОГО И ПАТРИОТИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ "ВЫСОТА" (МБУ ДО ЦГПВ "ВЫСОТА")
(наименование организации, (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на _____ листах

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

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

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших проверку

(подпись)

Ефремов Алексей
Александрович

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

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

(должность)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

\Направить настоящий акт по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)