

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ)

305000, Курская область, Курск город, Кати Зеленко улица,
 5

Приложение № 8
 к приказу
 Фонда социального страхования
 Российской Федерации
 от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 03.03.2023
 (дата)

№ 46002350001394

Нами (мною), Ивановой Галиной Николаевной, Заместитель начальника отдела
 (Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
 с указанием должностей и руководителя группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ МЕДВЕНСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ
ОБЛАСТИ"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика 4614000303
 Код подчиненности 46001
 ИНН ³ 4615004649
 КПП ⁴ 461501001
 Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 307030, ОБЛ КУРСКАЯ, Р-Н МЕДВЕНСКИЙ, ПГТ МЕДВЕНКА, УЛ СОВЕТСКАЯ, ЗД. 68В

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
 (дата) (дата)

Год	Основной вид	Класс	Размер	Скидка/надбавка
-----	--------------	-------	--------	-----------------

	экономической деятельности (код по ОКВЭД)	профессионального риска	страхового тарифа	
2020	88.10	1	0.2	Нет
2021	88.10	1	0.2	Нет
2022	88.10	1	0.2	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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 проверки⁴

Территория страхователя, ОБЛ КУРСКАЯ, Р-Н МЕДВЕНСКИЙ, ПГТ МЕДВЕНКА, УЛ СОВЕТСКАЯ, ЗД. 68В

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 09.02.2023 (дата) окончена 10.02.2023 (дата)

3. В соответствии с решением⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

выездная проверка была приостановлена с _____

(дата)

4. В соответствии с решением⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

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

выездная проверка была возобновлена с _____

(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)⁶ в проверяемом периоде являлись:

Директор КУЗЬМИНА МАРИЯ ДМИТРИЕВНА
(наименование должности) (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки (сплошным, выборочным)

представленных следующих документов:

Сводные ведомости Сводные ведомости. от 31.12.2020 № 12, Сводные ведомости Сводные ведомости. от 31.12.2021 № 12, Сводные ведомости Сводные ведомости. от 31.12.2022 № 12, Заявление о подтверждении основного вида деятельности Заявление о подтверждении основного вида деятельности. от 16.03.2022 № б/н., Заявление о подтверждении основного вида деятельности Заявление о подтверждении основного вида деятельности. от 19.02.2021 № б/н., Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт) Трудовой договор. от 03.12.2018 № 4, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт) Трудовой договор. от 01.12.2014 № 44, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт) Трудовой договор. от 22.09.2017 № 1, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт) Трудовой договор. от 22.09.2017 № 1, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт) Трудовой договор. от 01.12.2014 № 3, Штатное расписание (штатная расстановка) Штатное расписание. от 27.12.2020 №

3,-Штатное расписание (штатная расстановка) Штатное расписание. от 04.02.2021 № 1, Штатное расписание (штатная расстановка) Штатное расписание. от 09.02.2022 № 1.

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____,
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от _____ № _____ 8.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено: Нарушений не установлено.

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: ⁹

не выявлены.

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

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: ⁹

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

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): ⁹

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: ⁹

нарушений не выявлено.

(указать каких)

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

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет): ⁹

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
--------	---	------------------------------------

не выявлено.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: ⁹

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

ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

**"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
МЕДВЕНСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ"**

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2020 - 31.12.2022
(период)

в размере 0,00 руб.;⁹

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей.⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;⁹

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;⁹

11.3. _____;⁹

(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 **ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
МЕДВЕНСКОГО РАЙОНА КУРСКОЙ ОБЛАСТИ"**

(наименование организации, Ф.И.О. 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 дней со дня получения настоящего акта в

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа страховщика)

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.

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку



(подпись)

Иванова Галина
Николаевна

(Ф.И.О.)

Подпись руководителя организации

(обособленного подразделения) с

указанием должности, индивидуального

предпринимателя, физического лица

(их уполномоченного представителя)





(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 5. листах получил
(количество приложений)

Директор - Кузьмина И.Д.

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

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

Жаров
(подпись)

03.03.2023г.

(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.¹¹

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае непредставления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹¹ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".