

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

160000, Вологодская область, Вологда город, Лермонтова улица,
дом 15а
Телефон 8 (8172) 57-19-01 Факс (8172) 57 19 29
E-mail: osfr@35.sfr.gov.ru sfr.gov.ru

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 29.09.2023
(дата)

№ 35002350004094

Нами (мною), Погосовой Наталией Владимировной, начальником отдела
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей
и руководителя группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛОГОДСКОЙ 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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ
САД № 116 "ЗДОРОВЯЧОК" (МБДОУ № 116 "ЗДОРОВЯЧОК")

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 045024056377/3500529328

код территориального органа Фонда 045

ИНН 3525388702

КПП 352501001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 160014, ОБЛАСТЬ ВОЛОГОДСКАЯ, ГОРОД
ВОЛОГДА, УЛИЦА ДОРОНИНСКАЯ, ДОМ
8

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2020	85.11	1	0,2	Нет
2021	85.11	1	0,2	Нет
2022	85.11	1	0,2	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, ОБЛАСТЬ ВОЛОГОДСКАЯ, ГОРОД ВОЛОГДА, УЛИЦА ДОРОНИНСКАЯ, ДОМ 8

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 22.09.2023, окончена 29.09.2023
(дата) (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:

ЗАВЕДУЮЩИЙ

(должность)

ПАРШИНА СВЕТЛАНА СЕРГЕЕВНА.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих документов:

устав, положение об оплате труда, правила внутреннего трудового распорядка работников, анализ заработной платы по сотрудникам (в целом) за 2020, 2021, 2022, расчетные ведомости за 2020, 2021, 2022, оборотно - сальдовые ведомости по счетам, лицевые счета работников, заявления страхователя и справки-подтверждения основного вида деятельности, уведомления о размере страхового тарифа, приказы по основной деятельности, документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов. Расчеты 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 (ф.4-ФСС) за 2020, 2021, 2022.

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 27.01.2020 по 12.02.2020
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 12.02.2020 № 2523н/с
(дата) (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения -

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

10. Настоящей проверкой 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 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 _____ 25-е число _____

(дата)

Сведения представлены своевременно, ~~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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 116 "ЗДОРОВЯЧОК" :

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии), индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2020 - 31.12.2022
(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 0,00 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 ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 116 "ЗДОРОВЯЧОК"

(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 ВОЛОГОДСКОЙ 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 начальника отдела территориального
органа Фонда, проводившего проверку



(подпись)

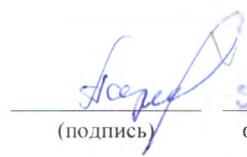
Погосова Н.В.

фамилия, имя, отчество (при
наличии)

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



(должность)



(подпись)

Сорокина С.В.

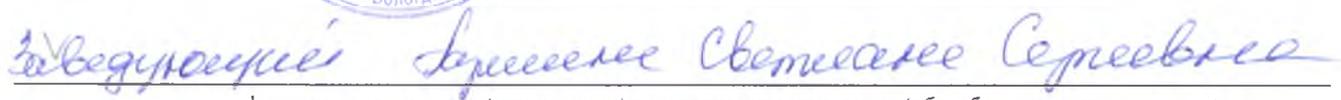
фамилия, имя, отчество
(при наличии)



Место печати (при
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____
(количество)

приложениями на 3 листах получил



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

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

✓ 

(подпись)

✓ 29.09.23

(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)