

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

620075, Свердловская область, Екатеринбург город,
Горького улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiy@075.pfr.gov.ru sfr.gov.ru

Приложение № 5
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023

№ 933

Форма

Справка
о проведенной выездной проверке

от 25.12.2023
(дата)

№ 66052350002342

В соответствии с решением

начальника отдела выездных проверок №2 управления персонифицированного учета и
администрирования страховых взносов

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Кирияновой Ольги Федоровны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

о проведении выездной проверки от 07.12.2023 № 66052350002341 (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления)
страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования
Российской Федерации;

2) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов,
необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия
решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по
сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и
санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными
производственными факторами

главным специалистом-экспертом - Лукиных Оксаной Владимировной

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)
проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛИЦЕЙ
№ 9" (ЛИЦЕЙ № 9)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 075036002258/6605571498 ,
 код территориального органа Фонда 075 ,
 ИНН 6612013871 ,
 КПП 661201001 ,
 адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 623408, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ, УЛИЦА ГОГОЛЯ, 15

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 07.12.2023,
 (дата)

проверка окончена 25.12.2023.
 (дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт Лукиных Оксана Владимировна
 (должность) (подпись) (Ф.И.О.)
25.12.23
 (дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Директор Мамашенко Ирина Васильевна
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя) от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

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

620075, Свердловская область, Екатеринбург город, Горького
улица, стр 17
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 3758338
E-mail: obshiy@075.pfr.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 27.12.2023
(дата)

№ 66052350002343

Нами (мною), Лукиных Оксаны Владимировны, 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 СВЕРДЛОВСКОЙ 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 АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛИЦЕЙ № 9"
(ЛИЦЕЙ № 9)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 075036002258/6605571498

код территориального органа Фонда 075

ИНН 6612013871

КПП 661201001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 623408, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ,
ГОРОД КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ, УЛИЦА
ГОГОЛЯ, 15

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	85.14	1	0,200	Нет
2021	85.14	1	0,200	Нет
2022	85.14	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, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ, УЛИЦА ГОГОЛЯ, 15

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 07.12.2023, окончена 25.12.2023
(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:

ДИРЕКТОР

(должность)

Главный бухгалтер

(должность)

МАЛАШЕНКО ИРИНА ВАСИЛЬЕВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Таскаева Татьяна Александровна.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих документов:

(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 12.11.2019 по 12.11.2019,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 04.12.2019 № 269н/с

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено: Общая сумма выплат, начисленных в пользу работников, на которые начисляются страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний составила:

По данным страхователя:

2020г. - 23501719,17 руб.

2021г. - 24237079,97 руб.

2022г. - 25630256,92 руб.

ИТОГО - 73369056,06 руб.

По данным проверки:

2020г. - 23501719,17 руб.

2021г. - 24237079,97 руб.

2022г. - 25630256,92 руб.

ИТОГО - 73369056,06 руб.

Отклонение:

2020г. 0,00руб.

2021г. - 0,00руб.

2022г. - 0,00руб.

Начислено страховых взносов за проверяемый период:

По данным страхователя:

2020г. -47003,43 руб.

2021г. -48474,15 руб.

2022г. - 51260,51руб.

ИТОГО - 146738,09 руб.

По данным проверки:

2020г. -47003,43 руб.

2021г. -48474,15 руб.

2022г. - 51260,51руб.

ИТОГО - 146738,09 руб.

Отклонение:

2020г. - 0,00руб.

2021г. - 0,00руб.

2022г. - 0,00руб.

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 неприятых 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 АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛИЦЕЙ № 9" :
(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 АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЛИЦЕЙ № 9"

(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 СВЕРДЛОВСКОЙ 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

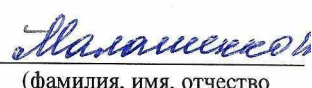

_____ (подпись)

Лукиных Оксана Владимировна
_____ (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))



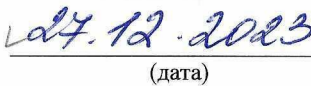
Место печати (при наличии) страхователя

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)

Table with multiple columns containing numerical values and dates. The table is divided into several sections, with the first section labeled 'Апрель 2021', the second 'Сентябрь 2021', the third 'Октябрь 2021', the fourth 'Ноябрь 2021', and the fifth 'Декабрь 2021'. Each section contains a list of rows with various data points.

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 644336974853228904002341178330791503358059491589

Владелец Малашенко Ирина Васильевна

Действителен с 18.01.2023 по 18.01.2024