

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ
(ОСФР ПО РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ)

430005, Республика Мордовия, Саранск город,
Коммунистическая улица, 52
Телефон 8 (8342) 24-65-87 Факс (8342) 246082
E-mail: pochta@011.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 05.12.2023
(дата)

№ 13002350005474

Мною, Романовой Татьяной Ивановной – ведущим специалист-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием
должностей и руководителя проверяющей группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ,

(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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО
ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ (МЕЖРАЙОННАЯ)» (ГКУ «СОЦЗАЩИТА
НАСЕЛЕНИЯ ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РМ (МЕЖРАЙОННАЯ)»)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1309000232
код территориального органа Фонда 13001
ИНН 1309084431
КПП 130901001
адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 431430, РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ,
ИНСАРСКИЙ РАЙОН, Г. ИНСАР
УЛ. СОВЕТСКАЯ, Д. 76

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
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 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, РЕСПУБЛИКА МОРДОВИЯ, ИНСАРСКИЙ РАЙОН, Г. ИНСАР, УЛ. СОВЕТСКАЯ, Д. 76

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 30.11.2023, окончена 04.12.2023.

(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)

Анисимова Светлана Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер

(должность)

Фокина Елена Николаевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных _____

(сплошным, выборочным)

следующих документов:

- 1) Положения об оплате труда,
- 2) Договоры предоставления труда работников,
- 3) Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ,
- 4) Договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации (аренды транспортных средств, жилых помещений у физических лиц),
- 5) Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами,
- 6) Карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов,
- 7) Оборотно-сальдовые ведомости по счетам, связанным с начислением и уплатой страховых взносов,
- 8) Приказы о назначении на должность руководителя и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период),
- 9) Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений,
- 10) Расчеты, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам,
- 11) Сводные ведомости,
- 12) Справка из банка об установлении даты заработной платы,
- 13) Справки, подтверждающие факт инвалидности,
- 14) Свидетельства об инвалидности сотрудников,
- 15) Регистры бухгалтерского учета, на которых отражаются хозяйственные операции с контрагентами, связанные с получением дохода (выручки) за выполненные работы и (или) за оказанные услуги,

- 16) Первичные бухгалтерские документы, связанные с получением доходов страхователем (за выполненные работы, за оказанные услуги) и подтверждающие данные бухгалтерской отчетности (договора, накладные, акты выполненных работ и т.п.),
- 17) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт),
- 18) Документы, подтверждающие применение льгот,
- 19) Документы, подтверждающие заявленный тариф,
- 20) Заявление о подтверждении основного вида деятельности,
- 21) Справка-подтверждение основного вида деятельности,
- 22) Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу за предыдущий год,
- 23) Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы),
- 24) Трудовые договоры (коллективные договоры),
- 25) Штатное расписание (штатная расстановка),
- 26) Прочие 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 27.01.2020 по 29.01.2020,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 29.01.2020 № 2н/с.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

Проверка правильности начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний проведена путем анализа первичных бухгалтерских документов, сверки их с отчетными данными расчетов Формы - 4 ФСС РФ по средствам Фонда, а также сверки сумм с фактическими данными.

Начисление страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний производилось на все виды заработной платы согласно установленным тарифам на 2020-2022 гг., а также в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

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:

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 _____
(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 ГКУ «СОЦЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РМ
(МЕЖРАЙОННАЯ)»

(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

ГКУ «СОЦЗАЩИТА ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РМ (МЕЖРАЙОННАЯ)»

(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 РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ**

(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



Романова
(подпись)

Романова
Татьяна Ивановна
(фамилия, имя, отчество
при наличии)

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



Директор
ГКУ «СОЦЗАЩИТА
НАСЕЛЕНИЯ ПО
ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ
РМ (МЕЖРАЙОННАЯ)»
(должность)

Анисимова
(подпись)

Анисимова Светлана
Владимировна
(фамилия, имя, отчество
при наличии)

Место печати (при наличии) страхователя

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

Директор ГКУ «СОЦЗАЩИТА НАСЕЛЕНИЯ ПО ИНСАРСКОМУ РАЙОНУ РМ
(МЕЖРАЙОННАЯ)» Анисимова Светлана Владимировна

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

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

Анисимова
(подпись)

05.12.2023
(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)