

Филиал № 2 Государственного учреждения - Мурманского
регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

184209, Мурманская область, г.Апатиты, ул.Ферсмана, д.26Д
тел. (81555)60201, факс (81555)60205
e-mail: fil2@ro51.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 14.09.2022
(дата)

№ 51022250000824

Нами (мною), Исламовой Светланой Геннадьевной, Ведущим специалист-ревизором

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителей групп)

филиала № 2 Государственного учреждения - Мурманского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(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 правомочности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЛАСТНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "КИРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

5102025093

Код подчиненности

51021

ИНН ³

5103010232

КПП ⁴

510301001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес
постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

184250, ОБЛАСТЬ МУРМАНСКАЯ, ГОРОД
КИРОВСК, УЛИЦА ПАРКОВАЯ, 12

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	87.90	1	0.2	Нет
2020	87.90	1	0.2	Нет
2021	87.90	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 проверки

Территория страхователя

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 27.05.2022 окончена 25.07.2022
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.) от (дата) №

выездная проверка была приостановлена с (дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.) от (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 ЗОЗУЛЯ ОЛЬГА МИХАЙЛОВНА

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

Оношко Татьяна Сергеевна

(наименование должности)

(Ф.И.О.)

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

представленных следующих документов:

Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ, Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, Положения об оплате труда, Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период), Приказы по организации работ, выплата заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений, Сводные ведомости Анализ зарплаты по сотрудникам за 2021 год от 31.12.2021 № б/н, Сводные ведомости Анализ зарплаты по сотрудникам за 2019 год от 31.12.2019 № б/н, Сводные ведомости Анализ зарплаты по сотрудникам за 2020 год от 31.12.2020 № б/н, Справки, подтверждающие факт инвалидности Справка от Мурманской ВТЭК, выданная ~~_____~~ от ~~_____~~, ~~_____~~, Документы, подтверждающие применение льгот, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет ~~_____~~ на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 02.09.2021 № 74, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет ~~_____~~ на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 10.09.2019 № 113, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет ~~_____~~ на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 13.09.2019 № 128, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет ~~_____~~ на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 05.12.2019 № 173, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет ~~_____~~ на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 15.04.2019 № 32, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет ~~_____~~ на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 13.05.2019 № 41, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет ~~_____~~ на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 28.08.2019 № 103, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет ~~_____~~ на компенсацию расходов стоимости проезда

работника к месту отдыха и обратно от 27.03.2020 № 20, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет [REDACTED] на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 13.04.2021 № 19, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет [REDACTED] на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 03.07.2019 № 71, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) [REDACTED] на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 29.06.2021 № 38, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет [REDACTED] на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 23.08.2021 № 68, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет [REDACTED] на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 27.05.2019 № 51, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет [REDACTED] на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 07.10.2020 № 81, Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы) Авансовый отчет [REDACTED] на компенсацию расходов стоимости проезда работника к месту отдыха и обратно от 07.12.2021 № 113, Штатное расписание (штатная расстановка).

(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 _____ 23.10.2018 _____ по _____ 07.11.2018 _____,
(дата) (дата)
Акт выездной проверки от _____ 09.11.2018 _____ № _____ 136н/с _____ 8,
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

(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: 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 правомерных 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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЛАСТНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "КИРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021 (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.

(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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЛАСТНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "КИРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ"

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

к ответственности, предусмотренной: Не привлекать.

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

Филиал № 2 Государственного учреждения - Мурманского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(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

С.И.И.
(подпись)

Исламова Светлана Геннадьевна
(Ф.И.О.)

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



И.О. директора (должность) Е.И.О. (подпись) Е.И.О. (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на 3 листах получил
(количество приложений)

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

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

Е.И.О. (подпись) 15.09.2022 (дата) 15.09.2022

(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".