

Филиал № 5 Государственного учреждения -
Свердловского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации
623406, Свердловская область, г.Каменск-Уральский,
ул.Уральская, д.43
тел. 347526, факс 347526
e-mail: fil_05@ro66.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 03.08.2021
(дата)

№ 66052150001214

Нами (мною), Лукиных Оксана Владимировна - Главный специалист-ревизор

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

филиала № 5 Государственного учреждения - Свердловского 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 правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ЦЕНТР
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ"

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

6605572670,

Код подчиненности

66051,

ИНН ³

6612046877,

КПП ⁴

661201001,

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

623408, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД
КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ, УЛИЦА АЛЮМИНИЕВАЯ,
ДОМ 71,

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	85.41	1	0.2	Нет
2019	85.41	1	0.2	Нет

2020	85.41	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, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, ГОРОД КАМЕНСК-УРАЛЬСКИЙ, УЛИЦА АЛЮМИНИЕВАЯ, ДОМ 71

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 27.07.2021 (дата) окончена 27.07.2021 (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____ (дата)



4. В соответствии с решением ⁵

(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:

<u>ДИРЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>ВОЙТЮШЕНКО ГАЛИНА ФЕДОРОВНА</u> (Ф.И.О.)	
<u>ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР</u> (наименование должности)	<u>АНТРОПОВА СВЕТЛАНА БОРИСОВНА</u> (Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

Прочие документы, 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, Расчеты, платежные ведомости по выплата денежных средств работникам, Справки, подтверждающие факт инвалидности, Свидетельства об инвалидности сотрудников, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт), Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы), Трудовые договоры (коллективные договоры), 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

05.04.2018

по

06.04.2018

(дата)

(дата)

Акт выездной проверки от

16.04.2018

№

73н/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: 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:
2018г. -30769669,42руб.
2019г. -32666954,45руб.
2020г. - 33935533,53руб.
ИТОГО - 97372157,40руб.

По данным проверки:
2018г. -30769669,42руб.
2019г. -32666954,45руб.
2020г. - 33935533,53руб.
ИТОГО - 97372157,40руб.

Отклонение:
2018г.-0,00руб.
2019г.-0,00руб.
2020г.-0,00руб.

Начислено страховых взносов за проверяемый период:

По данным страхователя:
2018г. - 61171,67руб.
2019г. - 64943,48руб.
2020г. - 67629,08руб.

ИТОГО - 193744,23 руб.

По данным проверки:
2018г. - 61171,67руб.
2019г. - 64943,48руб.
2020г. - 67629,08руб.
ИТОГО - 193744,23 руб.

Отклонение:
2018г. -0,00руб.
2019г. -0,00руб.
2020г. - 0,00руб.

В проверяемом периоде страхователем использовалась льгота по уплате страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в размере 40 %выплат, начисленных в пользу работающих инвалидов I, II,III групп в соответствии с ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020годов»№484-ФЗ от 31.12.2017г., с ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021годов»№477-ФЗ от 25.12.2018г. и ФЗ"О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов" Федеральный закон N 445-ФЗ от 27.12.2019г.

Всего выплаты в пользу работающих инвалидов по результатам проверки составили:в 2018 году - 459542,85руб., в 2019году - 488004,05руб., в 2020г. - 302475,13руб., что соответствует данным страхователя, представленным в расчетной ведомости по средствам Фонда социального страхования РФ (Форма 4-ФСС РФ).

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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ЦЕНТР ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ"

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018 - 31.12.2020
(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) ⁹ _____ ;

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ "ЦЕНТР ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ"**

(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

Филиал № 5 Государственного учреждения - Свердловского 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

Лукиных Оксана
Владимировна
(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 _____ листах получил
(количество приложений)

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

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

(подпись)

(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".