

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)**

пер. Орликов, д. 3 к. А, г. Москва, 107078
телефон 8 (495) 986-25-58,
e-mail: info@ro77.fss.ru, ОГРН 1027703026075,
ИНН/КПП 7703363868/770801001

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 22.03.2024
(дата)

№ 50262450000194

Нами (мною), Царьковой Эмилией Васильевной, 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 Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ 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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И
РЕАБИЛИТАЦИИ" ДМИТРОВСКИЙ" (ГАУ СО МО "КЦСОР" ДМИТРОВСКИЙ")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 060005014270/5026002773

код территориального органа Фонда 201

ИНН 5007042626

КПП 500701001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 141802, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, ГОРОД
ДМИТРОВ, ПЕРЕУЛОК
БОЛЬШЕВИСТСКИЙ, 6, Б

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2021	88.10	1	0,200	Нет
2022	88.10	1	0,200	Нет
2023	88.10	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 ТОФ, 141800, Московская область, г. Дмитров, ул. Профессиональная, д. 1А
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 05.03.2024, окончена 13.03.2024
(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:

<u>ДИРЕКТОР</u> (должность)		<u>ЗАХАРОВА ЕЛЕНА НИКОЛАЕВНА</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>Главный бухгалтер</u> (должность)		<u>Волкова Наталья Семеновна.</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих документов:

Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица): Положение об оплате труда,

Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами: за 2021-2022-2023гг.,

Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой страховых взносов: за 2021-2022-2023гг.,

Сводные ведомости:

Свод начислений, удержаний и выплат (Анализ взносов в фонды) - 2021, 2022, 2023,

Справки, подтверждающие факт инвалидности: за 2021-2022-2023гг.,

Заявление о подтверждении основного вида деятельности: за 2021-2022-2023гг.,

Справка-подтверждение основного вида деятельности: за 2021-2022-2023гг.,

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.): за 2021-2022-2023гг.,

Свидетельства об инвалидности сотрудников: за 2021-2022-2023гг.

(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 17.09.2018 по 21.09.2018,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 05.10.2018 № 250.
(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 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 _____
(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 _____ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ" ДМИТРОВСКИЙ" (ГАУ СО МО "КЦСОР" ДМИТРОВСКИЙ") _____:
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии), индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за _____ 01.01.2021 - 31.12.2023 _____
(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 _____ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ" ДМИТРОВСКИЙ" (ГАУ СО МО "КЦСОР" ДМИТРОВСКИЙ") _____

(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 Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ 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

Царькова Э.В.

(подпись)

Царькова Эмилия
Васильевна

(фамилия, имя, отчество
при наличии)

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

Директор

(должность)

Захаров

(подпись)

Е.Н. Захарова

(фамилия, имя, отчество
при наличии)



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

Директор

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

Е.Н. Захарова

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

Захаров

(подпись)

22.03.2014

(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)