

Социальный фонд России
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
 ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
 СТРАХОВАНИЯ
 РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 ПО ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И
 ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**
**(ОСФР ПО САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И
 ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)**

194214, г. Санкт-Петербург, пр.-кт Энгельса, д. 73, лит. А 14,
 Телефон 8 (812) 677-87-17 Факс (812) 292-81-54
 E-mail: www.sfr.gov.ru

Приложение N 9
 к приказу Фонда пенсионного
 и социального страхования
 Российской Федерации
 от 31 мая 2023 г. N 933

Форма

Акт выездной проверки

правильности исчисления, своевременности и полноты уплаты (перечисления) страховых взносов страхователем, правильности подтверждения страхователем основного вида экономической деятельности

от 02.10.2023
 (дата)

№ 78042350002013

Нами (мною), Ундаровой Юлией Евгеньевной, 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 САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ 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

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
 ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ
 ПЕТРОДВОРЦОВОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА" (СПБ ГБУСОН "ЦСПСД ПЕТРОДВОРЦОВОГО
 РАЙОНА")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____

088013003885/7811020881 , код

202

территориального органа Фонда,

7819309370

781901001

ИНН,

КПП,

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

198412, Г САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, Г
 ЛОМОНОСОВ, ПР-КТ ДВОРЦОВЫЙ, Д. 47,
 ЛИТЕРА А

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	88.10	1	0,200	Нет
2021	88.10	1	0,200	Нет
2022	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 страхователя, Г САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, Г ЛОМОНОСОВ, ПР-КТ ДВОРЦОВЫЙ, Д. 47, ЛИТЕРА А

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 29.08.2023, окончена 19.09.2023.
(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)

СОРОКИН ВЛАДИСЛАВ АЛЕКСЕЕВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Фалалеева Н.В.

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

следующих документов: трудовые книжки, трудовое соглашение, штатное расписание, положение о системе оплаты труда, положение о премировании, лицевые счета, заявления, приказы, распоряжения и справки по личному составу, трудовые договоры, табели учета рабочего времени, сводные расчетно — платежные ведомости, кассовые и банковские документы, бухгалтерские балансы за проверяемые периоды, главная книга, карточки счетов; расчеты по форме 4 – ФСС, документы на приобретение средств индивидуальной защиты органов дыхания,

(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 06.03.2020 по 06.03.2020,
 (дата) (дата)
 акт выездной проверки от 06.03.2020 № 276н/с.
 (дата) (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены
 (устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено: Страховые взносы по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации по установленному законодательством Российской Федерации тарифу исчислены и перечислены в полном объеме без нарушений. Установленный класс профессионального риска соответствует основному виду экономической деятельности. Расходы в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в проверяемом периоде производились в соответствии с действующим законодательством. 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 САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ ПЕТРОДВОРЦОВОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА" :

(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

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ И ДЕТЯМ ПЕТРОДВОРЦОВОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА"

(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 2 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 САНКТ-ПЕТЕРБУРГУ И ЛЕНИНГРАДСКОЙ 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



Ундарова Юлия
Евгеньевна

(подпись)

(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 _____ *1* _____ приложениями на _____ *2* _____ 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.

Направить настоящий акт по почте/передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи
(нужное подчеркнуть).

_____ (подпись лица, проводившего
выездную проверку)

_____ (дата)

