

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ)**

ул. Декабрских Событий, д.92, г. Иркутск, Иркутская область,
664007
телефон 8 (3952) 47-00-00, ,
e-mail: osfirrk@38.sfr.gov.ru, ОГРН 1033801046003,
ИНН/КПП 3808096980/380801001

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 14.10.2024
(дата)

№ 38072450000313

Нами (мною), Болошиновой Эльвирой Прокопьевной, 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 ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее -
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлечались к проведению проверки)

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

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ "ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ"
(ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1002525275

код территориального органа Фонда 048

ИНН 3849018363

КПП 384901001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица
669001, ОБЛАСТЬ ИРКУТСКАЯ, РАЙОН
ЭХИРИТ-БУЛАГАТСКИЙ, ПОСЕЛОК
УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ, УЛИЦА
ПЕРВОМАЙСКАЯ, 39

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

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 33255859234120389457190164708478803627
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2021	87.90	1	0,200	Нет
2022	87.90	1	0,200	Нет
2023	87.90	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, ОБЛАСТЬ ИРКУТСКАЯ, РАЙОН ЭХИРИТ-БУЛАГАТСКИЙ, ПОСЕЛОК УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 39

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 07.10.2024, окончена 10.10.2024
(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>КОЛЫХАЛОВА ОЛЬГА СЕРГЕЕВНА</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>Главный бухгалтер</u> (должность)	<u>Багдужева Агния Аатольевна.</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

(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 _____ по _____
(дата) (дата)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сект. выездн. проверк. № _____
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(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:

1) Нарушение в части исполнения обязанностей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний - занижение базы для начисления страховых взносов, на основании следующего:

в нарушение статьи 20.2 Федерального закона от 24.07.1998 г. №125-ФЗ «от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» не верно отнесены к суммам, не подлежащие обложению страховыми взносами, суммы пособий по временной нетрудоспособности за счет средств работодателя, а именно:

а) в нарушение статьи 3 Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Федеральный закон №255-ФЗ): <<https://internet.garant.ru/document/redirect/12151284/0>>

- по застрахованному лицу Шабаловой У.В., по листку нетрудоспособности №910075365951, выданному 04.08.2021 г., по карантину, страхователем ошибочно начислено пособие за первые 3 дня временной нетрудоспособности за счет работодателя и включено в суммы, неподлежащие обложению страховыми взносами. Сумма занижения базы за август 2021 г. составила 497,10 рублей.

- по застрахованному лицу Николаевой Т.Ю. по листку нетрудоспособности №910093396482, выданному 25.11.2021 г., по уходу за больным ребенком, страхователем ошибочно начислено пособие за первые 3 дня временной нетрудоспособности за счет работодателя и включено в суммы, неподлежащие обложению страховыми взносами. Сумма занижения базы за декабрь 2021 г. составила 497,10 рублей.

2) в нарушение пункта 3 статьи 13 Федерального закона №255-ФЗ, по застрахованному лицу Борходоевой М.К., работающей по совместительству (с 04.03.2021 г.) по листку временной нетрудоспособности №910184240357, выданному 07.07.2023 г., страхователем начислено и выплачено пособие по временной нетрудоспособности за первые 3 дня за счет работодателя совместителю, не отработавшему неполный расчетный период. Сумма занижения базы за август 2021 г. составила 965,62 рублей.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
Август, 2021	497,10
Декабрь, 2021	338,13
Август, 2023	965,62

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Август, 2021	0,99
Декабрь, 2021	0,68
Август, 2023	1,93

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)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 33255859234120380457190164708478803627
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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 _____ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ" (ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ);

(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 _____ 3,60 _____ 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 _____ 0,02 _____ 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

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ" (ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ)

Сертификат 33255859234420300457100104700170010001
Владелец сертификата: _____ (наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии), индивидуального предпринимателя, физического лица)
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом _____ статьи 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за нарушение - неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия)
(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 ИРКУТСКОЙ 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

Болошинова Эльвира
Прокопьевна

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Директор _____ Ольга Сергеевна
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

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

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

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


ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат № 35285859234120389457190164708478593827
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Директор, Колыхалов Олег Сергеевич

(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)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 33255859234120389457190164703478803627
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ