

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

ул. Бульвар Гагарина, д. 78, г. Пермь, Пермский край, 614077
телефон 8 (342) 264-31-01, факс (342) 282-40-02,
e-mail: info@59.sfr.gov.ru, ОГРН 1035900505200,
ИНН/КПП 5904084719/590401001

Приложение № 5
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023

№ 933

Форма

**Справка
о проведенной выездной проверке**

от 11.10.2024
(дата)

№ 59002450002923

В соответствии с решением

заместителя начальника управления

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ПЕРМСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда)

Шестаковой Ольги Юрьевны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

о проведении выездной проверки от 13.08.2024 № 59002450002921 (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

главным специалистом-экспертом - Титок Еленой Викторовной

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ПЕРМСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА - ДЕТСКИЙ САД № 24 "УЛЫБКА" (МАДОУ ЦРР - ДЕТСКИЙ
САД № 24 "УЛЫБКА")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>1002655866</u>
код территориального органа Фонда	<u>203</u>
ИНН	<u>5920012415</u>
КПП	<u>592001001</u>
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>617764, КРАЙ ПЕРМСКИЙ, ГОРОД ЧАЙКОВСКИЙ, УЛИЦА ЛЕНИНА, 40А</u>

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 13.08.2024,
(дата)
проверка окончена 11.10.2024.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

<u>Главный специалист-эксперт</u> (должность)	<u><i>Е. Титок</i></u> (подпись)	<u>Титок Елена Викторовна</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>11.10.2024</u> (дата)		

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Заведующий Завальева Е.В.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



11.10.2024
(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя) от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

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

ул. Бульвар Гагарина, д.78, г. Пермь, Пермский край, 614077
телефон 8 (342) 264-31-01, факс (342) 282-40-02,
e-mail: info@59.sfr.gov.ru, ОГРН 1035900505200,
ИНН/КПП 5904084719/590401001

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 13.11.2024
(дата)

№ 59002450002924

Нами (мною), Титок Еленой Викторовной, 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 ПЕРМСКОМУ КРАЮ**

(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

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЦЕНТР
РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА - ДЕТСКИЙ САД № 24 "УЛЫБКА" (МАДОУ ЦРР - ДЕТСКИЙ САД № 24
"УЛЫБКА")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1002655866

код территориального органа Фонда 203

ИНН 5920012415

КПП 592001001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 617764, КРАЙ ПЕРМСКИЙ, ГОРОД
ЧАЙКОВСКИЙ, УЛИЦА ЛЕНИНА, 40А

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	85.11	1	0,200	Нет
2022	85.11	1	0,200	Нет
2023	85.11	1	0,200	Нет

Е. Титок

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

617764, Пермский край, город Чайковский, улица Ленина, дом 69

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 13.08.2024, окончена 11.10.2024.
(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>Заведующий</u>	<u>Завалина Елена Павловна</u>
(должность)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>нет.</u>
(должность)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих документов:

Прочие документы: Устав (учредительные документы), табеля учета рабочего времени за проверяемый период.,

Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами: за проверяемый период,

Карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов: за проверяемый период,

Положения об оплате труда: за проверяемый период,

Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период): , соглашение на обслуживание в ЦБУ за проверяемый период,

Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений: за проверяемый период,

Сводные ведомости: (анализ) за проверяемый период в разрезе выплаты по ФИО,

Справки, подтверждающие факт инвалидности: за проверяемый период,

Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу за предыдущий год: за 2020,2021,2023 гг,

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт): сведения о периодах работы застрахованных лиц за проверяемый период,

Штатное расписание (штатная расстановка): за проверяемый период

(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)

акт выездной проверки от _____ № _____,
(дата)

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:

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 _____

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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА - ДЕТСКИЙ САД № 24 "УЛЫБКА" (МАДОУ ЦРР - ДЕТСКИЙ САД № 24 "УЛЫБКА") :
(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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА - ДЕТСКИЙ САД № 24 "УЛЫБКА" (МАДОУ ЦРР - ДЕТСКИЙ САД № 24 "УЛЫБКА")

(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 ПЕРМСКОМУ КРАЮ

(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

Е.Титок

(подпись)

Титок Елена Викторовна

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

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

заведующий

(должность)

Э.Т.

(подпись)

Знаменка Е.В.

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))



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

заведующий Знаменка Е.В.

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

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

Э.Т.

(подпись)

13.11.2024

(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)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 2987586713563175446312325211856829920687919233265

Владелец Завалина Елена Павловна

Действителен с 29.01.2024 по 28.01.2025