

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

ул. Варфоломеева, д.261, к.81, г. Ростов-на-Дону, Ростовская область, 344000
телефон 8 (800) 200 00 60, факс 844-23-14,
e-mail: osfr@61.sfr.gov.ru, ОГРН 1026103162579,
ИНН/КПП 6163013494/616301001

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 13.02.2024
(дата)

№ 61142450000084

Нами (мною), Беркуновой Татьяной Петровной, 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 РОСТОВСКОЙ 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

**АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПО ОКАЗАНИЮ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "НАДЕЖДА" (АНО ОСОН "НАДЕЖДА")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 071026010207/6114012019

код территориального органа Фонда 071

ИНН 6126018286

КПП 612601001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 347500, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, Р-Н
ОРЛОВСКИЙ, П КРАСНОАРМЕЙСКИЙ,
ПЕР. КРАСНОАРМЕЙСКИЙ, Д. 22

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 страхователя, ОБЛАСТЬ РОСТОВСКАЯ, Р-Н ОРЛОВСКИЙ, П КРАСНОАРМЕЙСКИЙ, ПЕР. КРАСНОАРМЕЙСКИЙ, Д. 22

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 06.02.2024, окончена 07.02.2024.
(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:

ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР

(должность)

СОЛОВЕЙ ОЛЬГА ИЛЬИНИЧНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ДИРЕКТОР

(должность)

КОРЕНКОВА ОКСАНА
АЛЕКСАНДРОВНА.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих документов:

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

Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой 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): за проверяемый период,

Расчеты, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам: за проверяемый период,

Сводные ведомости: за проверяемый период,

Заявление о подтверждении основного вида деятельности: за проверяемый период,

Справка-подтверждение основного вида деятельности: за проверяемый период,

Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу за предыдущий год: за проверяемый период,

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт): за проверяемый период,

Трудовые договоры (коллективные договоры): 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: АУТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПО ОКАЗАНИЮ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ «НАДЕЖДА» с момента государственной регистрации приобрела права юридического лица, имеет самостоятельный баланс, расчетный счет, круглую печать, штампы и бланки со своим наименованием, и другие реквизиты индивидуальной идентификации, необходимые для его деятельности. АНО ОСОН «НАДЕЖДА» зарегистрирована в качестве страхователя - 02.08.2019.

Численность работников определена в соответствии с Указаниями, утвержденными Приказами Росстата. Расхождений с данными, отраженными в расчетах за отчетные периоды не установлено:

01.01.2022г. - 15 чел., в т.ч. работающих инвалидов - нет, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами - нет.

01.01.2023г. - 16 чел., в т.ч. работающих инвалидов - нет, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами - нет.

01.01.2024г. - 15 чел., в т.ч. работающих инвалидов - нет., занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами - нет.

«Расчет 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» за 2021г.- 2022г. форма 4-ФСС РФ и за 2023г. Единая форма «Сведения для ведения индивидуального (персонифицированного) учета и сведения о начисленных страховых взносах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (ЕФС-1)» представлялись в проверяемом периоде поквартально с применением ЭЦП, без нарушения срока сдачи отчета.

В формах отчетов отражено:

- выплаты в пользу работников, на которые начисляются страховые взносы, составили:

2021 год- 5 805 317,20 руб.; 2022 год- 6 007 019,79 руб.; 2023 год - 7 376 292,64 руб.

- начислено страхователем страховых взносов:

2021 год- 11 610,65 руб.; 2022 год - 12 014,05 руб.; 2023 год - 14 752,60 руб.

- уплачено страхователем страховых взносов:

2021 год- 11 610,65 руб.; 2022 год - 12 014,05 руб., 2023 год - 14 752,60 руб.

Задолженность за страхователем на 01.01.2021 г. и на 01.01.2024 - отсутствует.

В соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 30.12.2016г. №851н,

утвердившего классификацию видов экономической деятельности по классам профессионального риска, страхователю присвоен код ОКВЭД: 88.10- Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым, который соответствует 1 классу профессионального риска.

На основании п.9 Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденных постановлением Правительства РФ от 01.12.2005г.№ 713, на основании представленных страхователем заявления и справки-подтверждения основного вида деятельности, организация отнесена филиалом к 1 классу профессионального риска отрасли экономики с установлением в соответствии с законодательством страхового тарифа в размере 0,2 %.

В ходе проверки, путем анализа предоставленных документов установлено, доход по основному виду деятельности имеет наибольший удельный вес в общем объеме оказанных услуг. Основным видом деятельности, который страхователь подтвердил в соответствии с Порядком, утвержденным Приказом МЗ и СР РФ от 31.01.2006 года № 55, соответствует фактически осуществляемой деятельности. При проверке соответствия основного вида деятельности, установленного страхователем на основании п.9 Правил..., утвержденных Постановлением Правительства РФ № 713 от 01.12.2005 года нарушений не 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 АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПО ОКАЗАНИЮ

СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "НАДЕЖДА" :

(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

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПО ОКАЗАНИЮ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "НАДЕЖДА"

(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 РОСТОВСКОЙ 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

_____ (подпись)

Беркунова Татьяна Петровна

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

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

_____ (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)

_____ (подпись)

_____ (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)