



Государственный внебюджетный фонд

ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Социальный фонд России)

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ
(ОСФР по Архангельской области и НАО)

Набережная Северной Двины, д. 28,
г. Архангельск, 163000
телефон 21-77-00, факс 20-69-19
e-mail: office@039.pfr.gov.ru http://sfr.gov.ru
ОКПО 31284178 ОГРН 1022900514515
ИНН/КПП 2901038317/290101001

%REG DATE% № %REG NUM%

На № _____ от _____

Акт выездной проверки

от 14.03.2023
(дата)

№ 29002350000644

Нами (мною), Морозовой Галиной Алексеевной - главным специалистом-экспертом

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ

(наименование Отделения)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной Отделением Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД
АРХАНГЕЛЬСК» «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ, МОНИТОРИНГА, ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
«ЛЕДА» (МБУ ЦЕНТР «ЛЕДА»)

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

Регистрационный номер

039001012949/2900010058

Код подчиненности

29001

ИНН

2901074153

КПП

290101001

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

163069, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ,
ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК, НАБЕРЕЖНАЯ
СЕВЕРНОЙ ДВИНЫ, ДОМ 84

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	88.99	1	0.2	нет
2021	88.99	1	0.2	нет
2022	88.99	1	0.2	нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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:

163069, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ, ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК, НАБЕРЕЖНАЯ СЕВЕРНОЙ ДВИНЫ, ДОМ 84

(территория проверяемого лица либо место нахождения Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

2. Выездная проверка начата: 17.02.2023 окончена 14.03.2023
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)⁶ в проверяемом периоде являлись:

ДИРЕКТОР ОРЛОВА ИРИНА ВАСИЛЬЕВНА 8 8182 285696
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) телефон

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих сведений и документов:

1) Авансовые отчеты.

2) Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ.

3) Договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации (аренды транспортных средств, жилых

помещений у физических лиц).

4) Документы, подтверждающие заявленный тариф.

5) Документы, подтверждающие обоснованность установления скидки или надбавки к страховому тарифу (отчет о проведении специальной оценки условий труда, заключительный акт о проведении

обязательных периодических медицинских осмотров, заключение по результатам предварительного медицинского осмотра и прочее).

6) Документы, подтверждающие применение льгот.

7) Документы, подтверждающие расходы по предупредительным мерам, в том числе произведенные за счет собственных средств.

8) Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами.

9) Заявление о подтверждении основного вида деятельности.

10) Карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов.

11) Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой страховых взносов в количестве.

12) Положения об оплате труда.

13) Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период).

14) Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений.

15) Регистры бухгалтерского учета, на которых отражаются хозяйственные операции с контрагентами, связанные с получением дохода (выручки) за выполненные работы и (или) за оказанные услуги.

16) Сводные ведомости.

17) Справка-подтверждение основного вида деятельности.

18) Трудовые договоры (коллективные договоры).

19) Штатное расписание (штатная расстановка).

20) Прочие документы.

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: ⁷

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ по _____
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от _____ № _____
(дата) ⁸

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 Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу: ⁹
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.

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: ⁹
нарушений не выявлено.

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета 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 (далее – расчет):⁹
не выявлено.

Период	Установленный срок предоставления отчета	Расчет представлен/не представлен

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:⁹
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 БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК» «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ, МОНИТОРИНГА, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ «ЛЕДА» (МБУ ЦЕНТР «ЛЕДА»)

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2020 – 31.12.2022

(период)

в размере 0,00 руб.;⁹

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу

в сумме 0,00 рублей.⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;⁹

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;⁹

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 БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК» «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ, МОНИТОРИНГА, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ «ЛЕДА» (МБУ ЦЕНТР «ЛЕДА»)

(наименование организации, Ф.И.О. 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 Архангельской области и Ненецкому автономному округу письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Главный специалист- эксперт
(должность)

Морозова
(подпись)

Морозова
Галина Алексеевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей):



(должность)

[Handwritten signature]
(подпись)

Оршова ИВ
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил:

директор МБУ "Сенатор-Медиа" Оршова Ирина Васильевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

[Handwritten signature]
(подпись)

14 МАР 2023

(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица,
проводившего проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течении пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае не представления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта

¹¹ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».



Государственный внебюджетный фонд

**ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Социальный фонд России)

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ**
(ОСФР по Архангельской области и НАО)

Набережная Северной Двины, д. 28,
г. Архангельск, 163000
телефон 21-77-00, факс 20-69-19
e-mail: office@039.pfr.gov.ru http://sfr.gov.ru
ОКПО 31284178 ОГРН 1022900514515
ИНН/КПП 2901038317/290101001

%REG DATE% № %REG NUM%

На № _____ от _____

СПРАВКА

**о проведенной выездной проверке страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 14 марта 2023 года
(дата)

№ 29002350000643

В соответствии с решением

Заместителя управляющего Отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения)

Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу

(наименование Отделения)

Спивак Виктории Владимировны

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) Отделения)

о проведении выездной проверки от 17 февраля 2023 года № 29002350000641
(дата)

главным специалистом-экспертом – Морозовой Галиной Алексеевной

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу

(наименование Отделения)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД
АРХАНГЕЛЬСК» «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ, МОНИТОРИНГА, ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
«ЛЕДА» (МБУ ЦЕНТР «ЛЕДА»)

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

Регистрационный номер	039001012949//2900010058
Код подчиненности	29001
ИНН	2901074153
КПП	290101001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	163069, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ, ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК, НАБЕРЕЖНАЯ СЕВЕРНОЙ ДВИНЫ, ДОМ 84

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 17 февраля 2023 года,
(дата)
проверка окончена 14 марта 2023 года
(дата)

Подпись должностного лица Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, проводившего выездную проверку:

Главный специалист-эксперт
Управления организации администрирования
страховых взносов

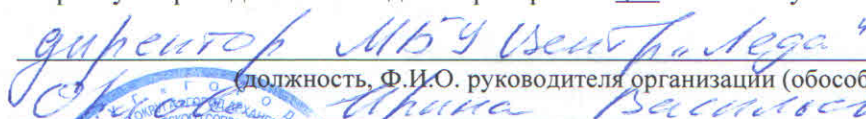

(подпись)

Морозова
Галина Алексеевна
(Ф.И.О.)

14 МАР 2023

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил


(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

(или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)


(подпись)

14 МАР 2023

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.