

**Филиал № 3 Государственного учреждения -
Свердловского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**
622022, Свердловская область, г.Нижний Тагил, ул.Выйская,
д.70
тел. 24-02-29, факс 24-02-29
e-mail: info_fil_03@ro66.fss.ru

Приложение № 8
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9
Форма 7

Акт выездной проверки

от 02.09.2021
(дата)

№ 66032150002153

Нами (мною), Земская Светлана Михайловна - Главный специалист-ревизор

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

филиала № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)

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 Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА № 39
"РОДНИЧОК"**

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

6603723922,

Код подчиненности

66031,

ИНН ³

6621017985,

КПП ⁴

668201001,

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

624173, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН
НЕВЬЯНСКИЙ, ПОСЕЛОК ЦЕМЕНТНЫЙ,
ПЕРЕУЛОК СТРОИТЕЛЕЙ, 2,

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	85.11	1	0.2	Нет

2019	85.11	1	0.2	Нет
2020	85.11	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

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ СВЕРДЛОВСКАЯ, РАЙОН НЕВЬЯНСКИЙ, ПОСЕЛОК ЦЕМЕНТНЫЙ, ПЕРЕУЛОК СТРОИТЕЛЕЙ, 2

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 01.09.2021 окончена 01.09.2021
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (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:

<u>ЗАВЕДУЮЩИЙ</u>	<u>ЛАЗАРЕНКО ЛЮБОВЬ ЮРЬЕВНА</u>	_____
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>Сереброва Людмила Николаевна</u>	_____
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

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

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 _____ № _____ 8.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено: Основным видом экономической деятельности в проверяемом периоде являлось: 2018-2020 г.г.- Образование дошкольное; Страхователю установлены следующие тарифы на обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: на 2018- 2020 г.г. - 0,2 %, что соответствует 1 классу профессионального риска; Скидки и надбавки не установлены.

В соответствии со статьей 212 <> Трудового кодекса Российской Федерации проведение аттестации рабочих мест, специальной оценки условий труда является обязанностью работодателя. Страхователем, заключались Договоры на проведение специальной оценки условий труда, в том числе:

2014 г. заключен Договор с ООО«Центр экспертиз и сертификации» на проведение специальной оценки условий труда 4-х рабочих мест. По результатам специальной оценки, 4 рабочих места отнесено к третьему классу условий труда (3.1);

2016 г. заключен Договор с ООО«Центр экспертиз и сертификации» на проведение специальной оценка условий труда 70-и рабочих мест. По результатам специальной оценки, 16 рабочих места отнесено к третьему классу условий труда (3.1-13; 3.2-3);

2018 г. заключен Договор с ООО «Современные решения» на проведение специальной оценка условий труда 8-и рабочих мест. По результатам специальной оценки, 3 рабочих мест отнесено к третьему классу условий труда (3.1);

2019 г. заключен Договор с ООО УЦ Технологии безопасности на проведение специальной оценка условий труда 14-и рабочих мест. По результатам специальной оценки, 6 рабочих мест отнесено к третьему классу условий труда (3.1-3; 3.2.-3);

Страхователем, заключались Договоры с ООО «Вита» на проведение периодических медицинских осмотров работников, в том числе:

2017 г. Заключительный Акт, по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников, в кол-ве 81-го работника, от18.12.2017 г.;

2018 г. Заключительный Акт, по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников, в кол-ве 96-и работников, от20.11.2018 г.;

2019 г. Заключительный Акт, по результатам проведенного периодического медицинского осмотра (обследования) работников, в кол-ве 94-х работников, от20.11.2019 г.;

Данные, по специальной оценки условий труда, периодических медицинских осмотров,отражены страхователем в отчетности за 2018-2020 г. (Таблица 5 Форма 4 ФСС РФ).

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: ⁹
не выявлены.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: ⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): ⁹

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: ⁹

Расходы, произведенные страхователем в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за проверяемый период в размере 21687,11 рублей, в том числе:

2019 г. Расходы в размере 9750,00 рублей, на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний согласно Приказу Филиала № 3 ГУ Свердловского РО ФСС РФ № 525 от 05.08.2019 г, Плана финансового обеспечения в 2019 году, Отчета об использовании сумм страховых взносов за 2019 г., на приобретение работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях, сертифицированных средств индивидуальной защиты по установленным нормам. Договор поставки № 5095 от 17.06.2019 г., УПД счет-фактура № 8334 от 19.06.2019 г. на сумму 9750,00 руб., пл. поручение № 871 от 02.07.2019 г. на сумму 9750,00 руб.

2020 г. Расходы в размере 11937,11 рублей, на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний согласно Приказу Филиала № 3 ГУ Свердловского РО ФСС РФ № 273 ф от 09.10.2020 г, Плана финансового обеспечения в 2020 году, Отчета об использовании сумм страховых взносов за 2020 г., на приобретение работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, а также на работах, выполняемых в особых температурных условиях, сертифицированных средств индивидуальной защиты по установленным нормам. Договор поставки № М6000001 от 01.10.2020 г., УПД счет-фактура № 1823/6 от 28.10.2020 г. на сумму 11937,11 руб., пл. поручение № 1251 от 26.10.2020 г. на сумму 3581,13 руб., пл. поручение № 1284 от 02.11.2020 г. на сумму 8355,98 руб.

Нарушений при расходовании средств, в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, не установлено.

(указать каких)

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

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
--------	---	------------------------------------

не выявлено.

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 АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА № 39 "РОДНИЧОК"

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018 - 31.12.2020
(период)

в размере 0,00 руб.;⁹
в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд
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. _____;⁹

(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 НЕВЬЯНСКОГО ГОРОДСКОГО ОКРУГА ДЕТСКИЙ САД
КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА № 39 "РОДНИЧОК"**

(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 0 листах

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Филиал № 3 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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.

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку

Земская Светлана
Михайловна

(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 _____ 0 _____ приложениями на _____ 0 _____ листах получил
(количество приложений)

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

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



02.09.2021

(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
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение 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.¹¹

- 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 непредставления 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".

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 603332450510203670830559428146817986133868575802

Владелец Лазаренко Любовь Юрьевна

Действителен с 13.04.2021 по 13.04.2022