

**Филиал № 6 Государственного учреждения -
Волгоградского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**

400055, Волгоградская область, г.Волгоград, ул.Фадеева, д.25

тел. (8442) 604168, факс (8442) 626204

e-mail: filial6@ro34.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 30.08.2022
(дата)

№ 34062250000993

Мною, Дуваровой Ольгой Рястемовной, Ведущим специалистом-ревизором филиала № 6 Государственного учреждения - Волгоградского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации 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 **ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ВЕЧЕРНЯЯ СРЕДНЯЯ ШКОЛА № 1 ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ "**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика 3406482744,
Код подчиненности 34061,
ИНН ³ 3448031180,
КПП ⁴ 344801001,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 400080, ОБЛАСТЬ ВОЛГОГРАДСКАЯ, ГОРОД ВОЛГОГРАД, УЛИЦА ИМ ДОВЖЕНКО, 34, -, -,

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	85.42.9	1	0.2	Нет
2020	85.42.9	1	0.2	Нет
2021	85.42.9	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 ВОЛГОГРАДСКАЯ, ГОРОД ВОЛГОГРАД, УЛИЦА ИМ ДОВЖЕНКО, 34, -, -

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 29.08.2022 окончена 30.08.2022
(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:

_____ Главный бухгалтер (наименование должности)	_____ Патрина Нина Викторовна (Ф.И.О.) ШЕХОВЦОВА НАДЕЖДА АЛЕКСЕЕВНА (Ф.И.О.)	
_____ директор (наименование должности)		

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих документов: сводные ведомости по начислению заработной платы за период с 01.01.2019г. по 31.12.2021г., расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам, расчетные ведомости формы 4-ФСС РФ за проверяемый период, полнота начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве, соответствие отчетов формы 4-ФСС РФ записям в регистрах бухгалтерского учета и другие документы.

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

8. Предыдущая выездная

проверка проводилась с _____ 16.01.2019 _____ по _____ 25.01.2019 _____,
 (дата) (дата)
 Акт выездной проверки от _____ 25.01.2019 _____ № _____ 5н/с _____ 8.
 (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

10. Настоящей проверкой установлено:

	2019г	2020г	2021г
Выплаты в пользу работников, на которые начисляются страховые взносы, составили	19 397 450,29	19 257 386,04	19 433 402,00
Начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве	38 441,25	38 117,04	38 595,05
Расходы	0,00	0,00	0,00

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.

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.

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.

(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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ВЕЧЕРНЯЯ СРЕДНЯЯ ШКОЛА № 1 ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ "

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021
(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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ВЕЧЕРНЯЯ СРЕДНЯЯ ШКОЛА № 1 ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ "

(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)

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 № 6 Государственного учреждения - Волгоградского 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



Дуварова Ольга
Рястемовна
(Ф.И.О.)

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

Директор  Шеховцова Н.А.
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)



Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с 0 приложениями на 4 листах получил
(количество приложений)

Директор
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)
Шеховцова Надежда Алексеевна
или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))



30.08.2022
(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.