

**Филиал № 1 Государственного учреждения –
Тюменского регионального отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

625001, Тюменская область, г. Тюмень,
ул. Ирбитская, д. 16
тел. 799-701, факс 799-766,
r72.fss.ru

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

Форма 7

Акт выездной проверки

от 21.06.2022
(дата)

№ 72012250001704

Нами (мною), Калашниковой Светланой Владимировной, главным специалистом-ревизором
(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы²)

филиала №1 Государственного учреждения - Тюменского 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 УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ "ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ
БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА ТЮМЕНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА"

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

Регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

7204017046,

Код подчиненности

72011,

ИНН³

7224054862,

КПП⁴

722401001,

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

625530, ОБЛАСТЬ ТЮМЕНСКАЯ,
РАЙОН ТЮМЕНСКИЙ, РАБОЧИЙ
ПОСЕЛОК ВИНЗИЛИ, УЛИЦА
ГАГАРИНА, ДОМ 7, КОРПУС 1,

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	91.01	1	0,2	нет
2020	91.01	1	0,2	нет
2021	91.01	1	0,2	нет

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

уходом в ежегодный отпуск, рождением ребенка, со смертью близкого родственника, о прекращении (расторжении) трудового договора с работником (увольнении)); оригиналы документов, подтверждающие обоснованность расходования средств ФСС РФ на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством: листки нетрудоспособности, справки - расчеты к ним, справки о рождении, справки с места работы другого родителя, копии свидетельств о рождении детей, копия свидетельства о заключении брака, копия о заключении брака, копия справки МСЭ; своды начислений, удержаний и выплат по организации, анализ зарплаты по сотрудникам за проверяемый период; записка- расчет об исчислении среднего заработка при предоставлении отпуска по сотрудникам; Договоры возмездного оказания услуг, Акты приема- передачи оказанных услуг; отчеты о проведении специальной оценки условий труда; сводные ведомости результатов проведения специальной оценки условий труда: от 30.11.2015г. (24 р.м., из них: 23 р.м. отнесены ко 2 классу, 1 р.м. отнесены к 3 классу (вредные и опасные)), от 08.04.2019г. (44 р.м., из них: 44 р.м. отнесены ко 2 классу), от 28.10.2020г. (35 р.м., из них: 35 р.м. отнесены ко 2 классу); заключительные акты по результатам периодического медицинского осмотра (обследования) работников: за 2018г. – 52 чел. (Акт от 25.07.2018г.); за 2016г. – 70 чел. (Акт 25.06.2019г.); за 2020г. – 50 чел. (Акт от 28.09.2020г.).

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 06.04.2018 по 09.04.2018,
(дата) (дата)
акт выездной проверки от 09.04.2018 № 76 н/с ⁸.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

10. Настоящей проверкой установлено:

Основной вид деятельности МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ "ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА ТЮМЕНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА" соответствует заявленному: ОКВЭД 91.01- Деятельность библиотек и архивов, класс профессионального риска – 1, страховой тариф – 0,2%.

Территориальным органом Фонда социального страхования скидки и надбавки к страховому тарифу в проверяемом периоде не устанавливались.

Расходы за счет средств на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний не производились.

Сведения о результатах проведенной специальной оценки условий труда (результатах аттестации рабочих мест по условиям труда) и проведенных обязательных предварительных и медицинских осмотров работников (строка 1, графы 3-6) таблицы 5 расчета формы 4-ФСС на начало 2019-2021гг. соответствуют предоставленным к проверке документам.

Сведения о количестве работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, подлежащих и прошедших обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры на начало 2019г., 2021г. (строка 2, графы 7,8) в таблице 5 расчета формы 4-ФСС не соответствуют данным заключительных актов по итогам проведения периодического медицинского осмотра (обследования) работников.

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

За проверяемый период нарушений в начислении страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации не установлено.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
-	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
-	0,00

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

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
-	0,00

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

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
-	0,00

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

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:⁹

(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 УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ "ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА ТЮМЕНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА"

(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. (приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)⁹;

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ "ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА ТЮМЕНСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА"

(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 дней со дня получения настоящего акта в

Филиал №1 Государственного учреждения - Тюменского 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


(подпись)

Калашникова Светлана
Владимировна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности, индивидуального
предпринимателя, физического лица
(их 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.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.



(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

21.06.2022

(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".