

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

ул. Советская, д.11, г. Ставрополь, Ставропольский край, 355035
телефон 8 (8652) 22-82-58, факс (8-8652) 95-56-97,
e-mail: pr_upr@26.sfr.gov.ru, ОГРН 1022601963560,
ИНН/КПП 2600000038/263601001

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 15.07.2025
(дата)

№ 26102550000683

Нами (мною), Садовниченко Мариной Александровной, Главным специалистом-экспертом,
Умрихиной Яной Сергеевной, 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 СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ**

(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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР"
(ГБСУСОН "СКГЦ")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1060529045
код территориального органа Фонда 036
ИНН 2636005914
КПП 263601001
адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 355026, 355026, Россия, край
Ставропольский, г Ставрополь, ул Федосеева,
дом 9

за период с 01.01.2022 по 31.12.2024
(дата) (дата)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2022	87.30	1	0,200	Нет
2023	87.30	1	0,200	Нет
2024	87.30	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, 355026, Россия, край Ставропольский, г Ставрополь, ул Федосеева, дом 9
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата _____ 11.07.2025 _____, окончена _____ 14.07.2025 _____
(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:

Руководитель юридического лица (должность)	БОЛЬБАТ КОНСТАНТИН ЭДУАРДОВИЧ (фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер (должность)	Евглевская Мария Викторовна. (фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена _____ выборочным _____ методом проверки представленных _____
(сплошным, выборочным)
следующих документов:

_____ (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 _____ 26.10.2021 _____ по _____ 17.11.2021 _____,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ 07.12.2021 _____ № _____ 26102150002053 _____

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 121270090531616030157043423893542728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

найме жилого помещения в гостинице страхователем оплачены дополнительные услуги - питание, которые не входят в перечень не облагаемых взносами услуг. Если эти услуги выделены отдельной строкой в подтверждающих документах, то на их сумму следует начислять страховые взносы по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

Из вышеизложенного следует - сумма 14 400,00 руб. подлежит обложению страховыми взносами на обязательное социальное страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний.

В ходе проверки за счет округлений страховых взносов по НС и ПЗ начислено 0,06 руб. Согласно пункта 10 статьи 22.1 <> Федерального закона № 125-ФЗ сумма страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, которая подлежит перечислению, определяется в рублях и копейках. Таким образом, страхователь для каждого работника, учитывая наличие установленной ему льготы (инвалидности, если таковая есть), ежемесячно определяет базу для расчета взносов на страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний. База определяется нарастающим итогом с начала года по всем сотрудникам, в том числе совместителям. Исчисление ежемесячных обязательных платежей по страховым взносам производится по итогам каждого месяца следующим образом: облагаемые выплаты и иные вознаграждения, начисленные с начала года до окончания календарного месяца, за который уплачиваются страховые взносы, умножаются на тариф по страховым взносам с учетом скидки или надбавки, из полученной величины вычитается сумма страховых взносов, начисленных сначала календарного года по предшествующий календарный месяц включительно. При исчислении суммы страховых взносов следует обратить внимание на округление сумм до двух знаков после запятой в сторону увеличения (если третий знак после запятой равен или больше 5).

В ходе проверки доначислено взносов в сумме 28,85 руб.

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:

1) Нарушение в части исполнения обязанностей по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний - занижение базы для начисления страховых взносов, на основании следующего:

Нарушение статьи 20.1 и статьи 20.2 ФЗ от 24.07.1998 № 125-ФЗ.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
Октябрь, 2024	14 400,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Октябрь, 2024	28,80

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

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
Июль, 2023	0,01
Декабрь, 2023	0,02
Сентябрь, 2024	0,02
Ноябрь, 2024	0,01

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.

Документ подписан электронной подписью
Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец: ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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)

Сведения представлены, не представлены (ненужное зачеркнуть);

не выявлено.

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 ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР" (ГБСУСОН "СКГЦ") :
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2022 - 31.12.2024
(период)

в размере 28,85 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ СТАЦИОНАРНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР" (ГБСУСОН "СКГЦ")

(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

— **ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**
(указывается состав правонарушения)
Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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 СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ**

(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)

Садовниченко Марина
Александровна

_____ (фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Подписи должностных лиц территориального
органа Фонда, проводивших проверку

_____ (подпись)

Умрихина Яна Сергеевна

_____ (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)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(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)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ