

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(ОСФР ПО КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

610001, Кировская область, Киров город, Комсомольская улица,  
34  
Телефон 8 (8332) 52-81-32 Факс 8 (8332) 57-92-70  
E-mail: [sfr@43.sfr.gov.ru](mailto:sfr@43.sfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](http://sfr.gov.ru)

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 23.11.2023  
(дата)

№ 43002350004224

Нами (мною), Разумовой Ольгой Дмитриевной, 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 КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(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

**ФИНАНСОВОЕ УПРАВЛЕНИЕ АДМИНИСТРАЦИИ ШАБАЛИНСКОГО РАЙОНА КИРОВСКОЙ**  
**ОБЛАСТИ (ФИНАНСОВОЕ УПРАВЛЕНИЕ ШАБАЛИНСКОГО РАЙОНА)**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 053041003169/4337064242

код территориального органа Фонда 053

ИНН 4337004666

КПП 433701001

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения) / адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица 612020, ОБЛ. КИРОВСКАЯ, Р-Н  
Шабалинский, ПГТ. Ленинское, УЛ.  
СОВЕТСКАЯ, Д. 33

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	84.11.31	1	0,200	Нет
2021	84.11.33	1	0,200	Нет
2022	84.11.33	1	0,200	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26<sup>16</sup> 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, ОБЛ. КИРОВСКАЯ, Р-Н Шабалинский, ПГТ Ленинское, УЛ. СОВЕТСКАЯ, Д. 33  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата \_\_\_\_\_ 27.10.2023 \_\_\_\_\_, окончена \_\_\_\_\_ 23.11.2023 \_\_\_\_\_  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата) (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) (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:

НАЧАЛЬНИК ФИНАНСОВОГО УПРАВЛЕНИЯ

(должность)

Гл. бухгалтер

(должность)

ИГОШИНА НАТАЛИЯ АЛЕКСЕЕВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

КОНДРАТЕНКО ТАТЬЯНА СЕРГЕЕВНА.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена \_\_\_\_\_ выборочным \_\_\_\_\_ методом проверки представленных \_\_\_\_\_  
(сплошным, выборочным)  
следующих документов: по требованию №43002350004222 от 09.11.2023

\_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_ 15.03.2011 \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 18.03.2011 \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ 18.03.2011 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 248/37 \_\_\_\_\_  
(дата) (дата)

## 9. Предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения не установлены.

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

10. Настоящей проверкой установлено: основной вид экономической деятельности на 2020 вид по ОКВЭД 84.11.31, на 2021, 2022 года вид по ОКВЭД 84.11.33 страхователем заявлен верно.

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:

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 правонарушений действий (бездействия):

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:

нарушений не выявлено.

(указать каких)

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)

Установленный срок представления сведений \_\_\_\_\_

(дата)

Сведения представлены \_\_\_\_\_, не представлены (ненужное зачеркнуть);



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 ФИНАНСОВОЕ УПРАВЛЕНИЕ АДМИНИСТРАЦИИ ШАБАЛИНСКОГО РАЙОНА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ:

(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии), индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2020 - 31.12.2022  
(период)

в размере 0,00 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 руб.

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 Начисление и уплату страховых взносов производить в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

(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 ФИНАНСОВОЕ УПРАВЛЕНИЕ АДМИНИСТРАЦИИ ШАБАЛИНСКОГО РАЙОНА КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(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

(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 КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям в соответствии с пунктом 5 статьи 26<sup>19</sup> 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)

Разумова Ольга Дмитриевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

Нагаевский  
финансового  
управления

(должность)

(подпись)

Игошина  
Наталья  
Александровна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_

(количество)

приложениями на \_\_\_\_\_

3

листах получил

нагаевский финансового управления Игошина Наталья Александровна  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

(подпись)

(подпись)

23.11.2023

(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.

Направить настоящий акт по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)