

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

644099, Омская область, Омск город, Чапаева улица, 71, 1  
Телефон 8 (800) 600-04-13 Факс 241111  
E-mail: [opfromsk@065.pfr.gov.ru](mailto:opfromsk@065.pfr.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 02.10.2023  
(дата)

№ 55092350002174

Нами (мною), Пушкаревой Ириной Ильиничной, 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 ОМСКОЙ 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

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ "ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР КУЛЬТУРЫ  
"СИБИРЯК" (БУК "ОЦК "СИБИРЯК")

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 065005008026/5510197066

код территориального органа Фонда 065

ИНН 5501071153

КПП 550101001

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения) / адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица 644122, ОБЛАСТЬ ОМСКАЯ, ГОРОД  
ОМСК, УЛИЦА КРАСНЫЙ ПУТЬ, 68

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	90.04.3	1	0,200	Нет
2021	90.04.3	1	0,200	Нет
2022	90.04.3	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, ОБЛАСТЬ ОМСКАЯ, ГОРОД ОМСК, УЛИЦА КРАСНЫЙ ПУТЬ, 68

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 23.08.2023, окончена 08.09.2023  
(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:

<u>ДИРЕКТОР</u> (должность)	<u>ЛЕВ НАТАЛЬЯ ЛЕОНИДОВНА</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>Главный бухгалтер</u> (должность)	<u>Непомнящих Юлия Владимировна.</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих документов:

Прочие документы 2020-2022, Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами 2020-2022, Сводные ведомости 2020-2022, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт) 2020-2022, Табель учета рабочего времени 2020-2022

(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 24.04.2019 по 30.04.2019  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 21.05.2019 № 66н/с  
(дата) (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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



10. Настоящей проверкой установлено: Страхователь БУК "ОЦК"Сибиряк", поставлен на учет в филиале № 9 Государственного учреждения - Омского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации 28.03.2003 года.

За проверяемый период страхователем представлены: «Расчет 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» (Форма 4- ФСС РФ) за 1 квартал 2020 г., полугодие 2020 г., 9 месяцев 2020 г., 2020 г., 1 квартал 2021 г., полугодие 2021 г., 9 месяцев 2021 г., 2021 г., 1 квартал 2022 г., полугодие 2022 г., 9 месяцев 2022 г., 2022 г.

Среднесписочная численность работников составила :

в 2020г. - 49 чел., в т.ч. работающих инвалидов - 0 чел.;

в 2020г. - 52 чел., в т.ч. работающих инвалидов - 0 чел.;

в 2021г. - 93 чел., в т.ч. работающих инвалидов - 0 чел.

По состоянию на 01.01.2020 задолженность за страхователем составила 4175,30 руб., за Фондом - 0,00 руб. По состоянию на 01.01.2022 задолженность за страхователем сложилась в сумме 0,00 руб.

Страховые взносы начислены на выплаты в пользу работников в соответствии с Правилами начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 02.03.2000 № 184 и согласно страховому тарифу. При начислении страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний размер страхового тарифа соблюдался.

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 неправомерных 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 БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ "ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР КУЛЬТУРЫ "СИБИРЯК"  
(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 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 БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ "ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР КУЛЬТУРЫ "СИБИРЯК"

(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 ОМСКОЙ 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)

Пушкарева Ирина  
Ильинична  
фамилия, имя, отчество (при  
наличии)

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

(должность)

(подпись)

Лев Наталья  
Леонидовна  
фамилия, имя, отчество  
(при наличии)

Место печати (при  
наличии) страхователя



Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество)

директор Лев Наталья Леонидовна  
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.

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

(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

(дата)