

Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И  
НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ  
ОКРУГУ

(ОСФР по Архангельской области и  
НАО)

163069, Архангельская область, Архангельск город,  
Северной Двины набережная, дом 28  
Телефон 8 (8182) 21-77-00 Факс 8 (8182) 20-69-19  
E-mail: [office@039.pfr.gov.ru](mailto:office@039.pfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](http://sfr.gov.ru)

Приложение № 5  
к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации  
от 31.05.2023  
№ 933

Форма

Справка  
о проведенной выездной проверке

от 30.10.2023  
(дата)

№ 29002350003393

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ

(наименование территориального органа Фонда)

Мальцевой Натальи Адольфовны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

о проведении выездной проверки от 25.10.2023 № 29002350003391 (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления)  
страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на  
производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования  
Российской Федерации;

2) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

главным специалистом-экспертом - Прокопьевой Еленой Викторовной

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ  
ОКРУГУ

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)  
проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ГОРОДСКОГО ОКРУГА "ГОРОД  
АРХАНГЕЛЬСК" "ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА" (МУК "ЦБС")

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

муниципальное учреждение культуры  
городского округа «Город Архангельск»  
«Централизованная  
библиотечная система» (МУК «ЦБС»)  
Вх. 244 от 30.10.23

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>039001011407/2900010987</u>	,
код территориального органа Фонда	<u>209</u>	,
ИНН	<u>2901081182</u>	,
КПП	<u>290101001</u>	,
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>163000, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ, ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК, ПРОСПЕКТ ТРОИЦКИЙ, 64</u>	

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022  
 (дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 25.10.2023,  
 (дата)  
 проверка окончена 30.10.2023.  
 (дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

<u>Главный специалист-эксперт</u> (должность)	<u></u> (подпись)	<u>Прокопьева Елена Викторовна</u> (Ф.И.О.)
<u>30.10.2023</u> (дата)		

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Директор Чухва Веталие Чвантши  
 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



(подпись)

Место печати (при наличии) страхователя

30.10.2023  
(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя) от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И**  
**НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ**

**(ОСФР по Архангельской области и НАО)**

163069, Архангельская область, Архангельск город, Северной  
Двины набережная, дом 28  
Телефон 8 (8182) 21-77-00 Факс 8 (8182) 20-69-19  
E-mail: [office@039.pfr.gov.ru](mailto:office@039.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 30.10.2023  
(дата)

№ 29002350003394

Нами (мною), Прокопьевой Еленой Викторовной, 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 АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ

(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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ГОРОДСКОГО ОКРУГА "ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК"  
"ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА" (МУК "ЦБС")

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 039001011407/2900010987

код территориального органа Фонда 209

ИНН 2901081182

КПП 290101001

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения) / адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица 163000, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ,  
ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК, ПРОСПЕКТ  
ТРОИЦКИЙ, 64

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	91.01	1	0,200	Нет
2021	91.01	1	0,200	Нет
2022	91.01	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 АРХАНГЕЛЬСКАЯ, ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК, ПРОСПЕКТ ТРОИЦКИЙ, 64

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 25.10.2023, окончена 30.10.2023.  
(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:

ДИРЕКТОР

(должность)

ЧЕХОВА СВЕТЛАНА ИВАНОВНА

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих документов:

Прочие документы,

Договор предоставления труда работников,

Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ,

Договоры, связанные с хозяйственной деятельностью организации (аренды транспортных средств, жилых помещений у физических лиц),

Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица),

Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами,

Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой страховых взносов,

Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных

вознаграждений,  
 Сводные ведомости,  
 Справки, подтверждающие факт инвалидности,  
 Справка-подтверждение основного вида деятельности,  
 Документы, подтверждающие заявленный тариф,  
 Регистры бухгалтерского учета, на которых отражаются хозяйственные операции с контрагентами, связанные с получением дохода (выручки) за выполненные работы и (или) за оказанные услуги,  
 Первичные бухгалтерские документы, связанные с получением доходов страхователем (за выполненные работы, за оказанные услуги) и подтверждающие данные бухгалтерской отчетности (договора, накладные, акты выполненных работ и т. п.),  
 Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт),  
 Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов,  
 Авансовые отчеты (командировочные расходы, хозяйственные расходы),  
 Табели учета использования рабочего времени за расчетный период,  
 Трудовые договоры (коллективные договоры),  
 Штатное расписание (штатная расстановка).

(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 01.08.2017 по 28.08.2017,  
 (дата) (дата)

акт выездной проверки от 28.08.2017 № 757н/с.  
 (дата) (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения  
 устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ГОРОДСКОГО ОКРУГА "ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК" "ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА";

(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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ ГОРОДСКОГО ОКРУГА "ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК" "ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА"

(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 АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ**

(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)

Прокопьева Елена  
Викторовна  
(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)

---

(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)