

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-  
АЛАНИЯ  
(ОСФР ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ  
ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ)**

ул. Леонова, д.4, к.1, г. Владикавказ, Республика Северная  
Осетия - Алания, 362031  
телефон 8 (8672) 40-97-21, факс 8 (8672) 74-95-67,  
e-mail: opfr-alania@012.pfr.gov.ru, ОГРН 1021500773029,  
ИНН/КПП 1504029836/151301001

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

от 31.05.2023

№ 933

Форма

**Справка  
о проведенной выездной проверке**

от 21.05.2024  
(дата)

№ 15002450000934

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 РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

(наименование территориального органа Фонда)

Доевой Дианы Руслановны

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

о проведении выездной проверки от 20.05.2024 № 15002450000931 (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

начальником отдела - Албеговым Заурбеком Владимировичем

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ-  
ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА №9 "КАЗАЧАТА" СТ.ЛУКОВСКОЙ  
МОЗДОКСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ (МБДОУ-  
ДЕТСКИЙ САД №9 "КАЗАЧАТА")**

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



(дата)



**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-  
АЛАНИЯ  
(ОСФР ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ  
ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ)**

ул. Леонова, д.4, к.1, г. Владикавказ, Республика Северная Осетия -  
Алания, 362031  
телефон 8 (8672) 40-97-21, факс 8 (8672) 74-95-67,  
e-mail: opfr-alania@012.pfr.gov.ru, ОГРН 1021500773029,  
ИНН/КПП 1504029836/151301001

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 27.05.2024  
(дата)

№ 15002450000935

Нами (мною), Албеговым Заурбеком Владимировичем, Начальником отдела  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей  
и руководителя группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

(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 БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ-ДЕТСКИЙ  
САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА №9 "КАЗАЧАТА" СТ.ЛУКОВСКОЙ МОЗДОКСКОГО РАЙОНА  
РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ (МБДОУ-ДЕТСКИЙ САД №9 "КАЗАЧАТА")

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 012011007822/1500025281

код территориального органа Фонда 012

ИНН 1510018938

КПП 151001001

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения) / адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица 363720, РЕСПУБЛИКА СЕВЕРНАЯ  
ОСЕТИЯ - АЛАНИЯ, Р-Н МОЗДОКСКИЙ,  
СТ-ЦА ЛУКОВСКАЯ, УЛ. УСАНОВА, Д. 13,  
СТР. Г

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023  
(дата) (дата)



| Год  | Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД) | Класс профессионального риска | Размер страхового тарифа | Скидка/надбавка |
|------|--------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------------|
| 2021 | 85.11                                                  | 1                             | 0,200                    | Нет             |
| 2022 | 85.11                                                  | 1                             | 0,200                    | Нет             |
| 2023 | 85.11                                                  | 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, РЕСПУБЛИКА СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ - АЛАНИЯ, Р-Н МОЗДОКСКИЙ, СТ-ЦА  
ЛУКОВСКАЯ, УЛ. УСАНОВА, Д. 13, СТР. Г

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 20.05.2024, окончена 21.05.2024.  
(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:

ЗАВЕДУЩАЯ  
(должность)

СИМОНЕНКО АЛЛА МИХАЙЛОВНА.  
(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 \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)



## 9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(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:

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:

| Период (месяц, год) | Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях) |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Декабрь, 2023       | 10 000,00                                                         |

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

| Период (месяц, год) | Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях) |
|---------------------|-------------------------------------------------|
| Декабрь, 2023       | 20,00                                           |

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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ-ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА №9 "КАЗАЧАТА" СТ.ЛУКОВСКОЙ МОЗДОКСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ (МБДОУ-ДЕТСКИЙ САД №9 "КАЗАЧАТА") :  
(наименование организации, фамилия, имя, отчество (при наличии), индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2021 - 31.12.2023  
(период)

в размере 20,00 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 151,72 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 БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ-ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА №9 "КАЗАЧАТА" СТ.ЛУКОВСКОЙ МОЗДОКСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ (МБДОУ-ДЕТСКИЙ САД №9 "КАЗАЧАТА")

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом \_\_\_\_\_ статьи 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за нарушение - неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов в результате занижения облагаемой базы для начисления страховых взносов, иного неправильного исчисления сумм страховых взносов или других неправомерных действий (бездействия) штраф в сумме 4,00 руб.  
(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 РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

(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)

Албегов Заурбек  
Владимирович

(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))

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 181713744333387461230331213761435072100037620596  
Владелец Симоненко Алла Михайловна  
Действителен с 10.09.2024 по 10.09.2025

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)

27.05.2024



(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)