

СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)

пер. Орликов, д. 3 к. А, г. Москва, 107078
телефон 8 (495) 986-25-58,
e-mail: info@ro77.fss.ru, ОГРН 1027703026075,
ИНН/КПП 7703363868/770801001

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 06.02.2024
(дата)

№ 77032450000114

Нами (мною), Ишиной Зинаидой Григорьевной, 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 Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ 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

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГАУ "НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНЗДРАВА
РОССИИ)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 087705001265/7709010027

код территориального органа Фонда 201

ИНН 7736182930

КПП 773601001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 119991, ГОРОД МОСКВА, ПРОСПЕКТ
ЛОМОНОСОВСКИЙ, 2, СТР.1

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	86.10	1	0,200	Надбавка 40%
2022	86.10	1	0,200	Нет
2023	86.10	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, ГОРОД МОСКВА, ПРОСПЕКТ ЛОМОНОСОВСКИЙ, 2, СТР.1

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата _____ 29.01.2024 _____, окончена _____ 06.02.2024 _____
(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:

ДИРЕКТОР

(должность)

ФИСЕНКО АНДРЕЙ ПЕТРОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЕВМЕНЕНКО СВЕТЛАНА

ВАСИЛЬЕВНА.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР

(должность)

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

следующих документов:

Прочие документы: 2021-2023гг. по необходимости,

Договоры гражданско-правового характера, акты выполненных работ: 2021-2023гг.,

Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами: 2021-2023гг.,

Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанными с начислением и уплатой страховых взносов: 2021-2023гг.,

Положения об оплате труда: 2021-2023гг.,

Приказы о назначении на должность директора и главного бухгалтера (действующие в проверяемый период): 2021-2023гг.,

Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений: 2021-2023гг., _____

Расчеты, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам: 2021-2023гг.,
 Сводные ведомости: 2021-2023гг.,
 Свидетельства об инвалидности сотрудников: 2021-2023гг.,
 Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом
 (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт): 2021-2023гг.

(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 03.06.2019 по 17.06.2019,
 (дата) (дата)

акт выездной проверки от 26.06.2019 № 96н/с.
 (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения
 устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено: Среднесписочная численность работников на 31.12.2023г. - 1628 человек, численность работающих инвалидов - 22 человека. Срок уплаты страховых взносов - 15 число каждого месяца. Задолженности за плательщиком страховых взносов и за территориальным органом Фонда на начало проверяемого периода 01.01.2021г. - 0,00руб.

В ходе проверки соответствия основного вида экономической деятельности страхователя в проверяемом периоде проверены: оборотные ведомости по счетам, выписки из ЕГРЮЛ штатное расписание положение об учетной политике для целей бухгалтерского учета, бухгалтерские балансы и пояснительные записки. На основании проверенных документов установлено, что в соответствии с ОКВЭД - 86.10 на 2021-2023гг., основной вид деятельности страхователя --- деятельность больничных учреждений, что соответствует виду экономической деятельности страхователя, согласно документам, представленным в Филиал №3 Отделения Фонда (для подтверждения основного вида экономической деятельности), в соответствии с «Порядком подтверждения основного вида экономической деятельности страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний - юридического лица, а также видов экономической деятельности подразделений страхователя, являющихся самостоятельными классификационными единицами», утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 31.01.2006г. № 55. В соответствии с Правилами отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 01.12.2005г. №713, страхователь относится к I классу профессионального риска, в связи с чем, ему установлен страховой тариф в размере 0,2% (Федеральные законы от 22.12.2020г. №434-ФЗ, от 21.12.2021г. №413-ФЗ, от 19.12.2022г. №517-ФЗ) «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» на 2021г., 2022г. 2023г.), что отражено в Уведомлении о размере страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на соответствующий год.

При проверке полноты начисления страховых взносов в Фонд установлено, что страховые взносы в проверяемом периоде начислялись на все виды выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу застрахованных лиц, в соответствии со статьей 20.1, 20.2 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ, с учетом льгот по начислению страховых взносов на заработную плату работающих инвалидов (60% от установленного тарифа).

По данным расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам Форма 4-ФСС база для начисления страховых взносов за период с 01.01.2021г. по 31.12.2021г. составила 2078999104 руб. 57коп., (в том числе сумма выплат и иных вознаграждений физическим лицам, являющимися инвалидами 13999219 руб. 05 коп.), страховые взносы 5805518 руб. 55 коп. За период с 01.01.2022г. по 31.12.2022г. база для начисления страховых взносов - 2417482200 руб. 31 коп., (в том числе сумма выплат и иных вознаграждений физическим лицам, являющимися инвалидами 20623757руб.87коп.), страховые взносы 4818465 руб.39коп. По данным Формы ЕФС-1 за период с 01.01.2023г. по 31.12.2023г. база для начисления страховых взносов -

2827177484руб. 48 коп.,(в том числе сумма выплат и иных вознаграждений физическим лицам, являющимися инвалидами 26480365 руб. 89 коп.), страховые взносы 5621068руб. 53 коп, что соответствует бухгалтерским документам и данным проверки. (Приложение к акту).

Перечисления страховых взносов в бюджет Фонда социального страхования РФ проверены по бухгалтерским и банковским документам. В соответствии со ст. 22.1 часть 9, ст. 26.11 Федерального закона от 24.07.1998г. № 125-ФЗ начислены пени на задолженность по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования РФ сумме 7130 руб. 27 коп. В соответствии с п. 6 ст. 26.11 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ процентная ставка пеней принимается равной одной трехсотой действующей в период просрочки ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации. По актам камеральных проверок за 2021-2022 -2023 гг. были начислены и перечислены пени в бюджет Фонда в сумме 4643 руб. 96 коп.. Остаток суммы пени 2486руб.31коп.подлежит восстановлению в бюджет фонда. (Приложение к акту).

Задолженности за страхователем и за ТОФ на конец проверяемого периода 31.12.2023г. - нет, что соответствует бухгалтерскому учет и отчетным данным.

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:

занижение базы не обнаружено.

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 **ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ** _____;

(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 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 2 486,31 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 **ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ** _____

(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 11 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 Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(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

Зиш
(подпись)

Ишина Зинаида Григорьевна
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

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

Директор *Алексей Т. Фисенко*
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с 1 приложениями на 11 листах получил
(количество)

Директор ФГУП «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)) руководителя организации (обособленного подразделения)

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

Фисенко
(подпись)

06.08.2024
(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)

2019 г. 14.04.2019

1

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

**(ОСФР ПО Г. МОСКВЕ И
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

пер. Орликов, д. 3 к. А, г. Москва,
107078 телефон 8 (495) 986-25-58, ,
e-mail: info@ro77.fss.ru, ОГРН
1027703026075,
ИНН/КПП 7703363868/770801001

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

Форма

**Справка
о проведенной выездной проверке**

от 06.02.2024

№ 77032450000113

(дата)

В соответствии с решением

начальника отдела

(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 Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

Терентьевой Оксаны Ивановны

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

о проведении выездной проверки от 29.01.2024 № 77032450000111 (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 - Ишиной Зинаидой Григорьевной

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГАУ "НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ"
МИНЗДРАВА РОССИИ)**

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

2

регистрационный номер в территориальном органе Фонда _____
087705001265/7709010027 , код территориального _____
органа Фонда, _____
ИНН, КПП, _____
адрес места нахождения организации (обособленного 119991, ГОРОД МОСКВА, (дата)
подразделения)/адрес постоянного места жительства ПРОСПЕКТ (дата)
индивидуального предпринимателя, физического лица ЛОМОНОСОВСКИЙ, 2, СТР.1
Срок

за период с _____ 01.01.2021 _____ по _____ 31.12.2023 _____
проведения
выездной проверки:

проверка начата 29.01.2024,
(дата)

проверка окончена 06.02.2024.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт _____
(должность) (подпись) Ишина Зинаида Григорьевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
06.02.2024
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

✓ Директор ФГБУ НИИЦ здоровья детей Минздрава России
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

✓ 06.02.2024
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(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.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ)**

пер. Орликов, д. 3 к. А, г. Москва, 107078
телефон 8 (495) 986-25-58, ,
e-mail: info@fo77.fss.ru, ОГРН 1027703026075,
ИНН/КПП 7703363868/770801001

Приложение № 10
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

от 31 мая 2023 г

№ 933

Форма

Акт выездной проверки

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

от 06.02.2024
(дата)

№ 77032470000104

Нами (мною), Ишиной Зинаидой Григорьевной, главным специалистом-экспертом
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда пенсионного социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка 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 (далее - выездная проверка), страхователя

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГАУ "НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ"
МИНЗДРАВА РОССИИ)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 087705001265/7709010027,
 код территориального органа Фонда 201,
 ИНН 7736182930,
 КПП 773601001,
 адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 119991, ГОРОД МОСКВА, ПРОСПЕКТ ЛОМОНОСОВСКИЙ, 2, СТР.1

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023.

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, ГОРОД МОСКВА, ПРОСПЕКТ ЛОМОНОСОВСКИЙ, 2, СТР.1

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 30.01.2024, окончена 06.02.2024.
(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:

ДИРЕКТОР

(должность)

ГЛАВНЫЙ БУХГАЛТЕР

(должность)

ФИСЕНКО АНДРЕЙ ПЕТРОВИЧ

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЕВМЕНЕНКО СВЕТАНА ВАСИЛЬЕВНА.

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Прочие документы: по необходимости 2021-2023гг.,

Акт о несчастном случае (форма Н-1): 2021г.,

Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет): 2021-2023гг.,

Листок нетрудоспособности: 2021г. расчет-пособия, расчетные листки по з/плате ,

Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей): Справки 182н,

Документы, подтверждающие проведение обязательных периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами: 2021-2023гг.,

Табель учета рабочего времени: 2021-2023гг.

(указываются виды проверенных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:

(указываются виды непредставленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и 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. Начислены и выплачены пособия ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГАУ "НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНЗДРАВА РОССИИ) на сумму 4 986 805,80 рублей, в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием на сумму 2 060 963,96 рублей;

Возмещение расходов Страхователей 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 на сумму 2 925 841,84 рублей;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1. В 2021 году страхователь произвел расходы на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников. Расходы были произведены на проведение обязательных периодических медицинских осмотров работников.

Медицинские осмотры 525 человек проведены ООО «Центр здоровья» на основании договора об оказании услуг № 306-ЗК/21 от 16.08.2021г. на проведение периодических медицинских осмотров сотрудников ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» Минздрава России. Денежные средства в размере 809122,01 руб. были перечислены на расчетный счет ООО «Центр здоровья» в соответствии с предъявленным счетом № 810 от 30.11.2021г. по платежному поручению № 820771 от 08.12.2021г. Оказание услуг по проведению медицинских осмотров работников ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» Минздрава России ООО «Центр здоровья» подтверждено Актом сдачи - приемки оказанных услуг № б/н от 30.10.2021г.

В 2022 году на основании договора об оказании услуг № 361-ЗК/22 от 06.07.2022г. на проведение периодических медицинских осмотров сотрудников ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» Минздрава России медицинские осмотры 539 человек проведены ООО «Центр Терапии Боли "ФАРМАТЕБ"». Денежные средства в размере 1153026,75 руб. были перечислены на расчетный счет ООО «Центр Терапии Боли "ФАРМАТЕБ"» в соответствии с предъявленным счетам № 84 от 30.09.2022г. , № 93 от 01.11.2022г., по платежным поручениям №361537 от 08.11.2022г. и №682411 от 21.12.2022г. Оказание услуг по проведению медицинских осмотров работников ФГАУ «НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» Минздрава России ООО «Центр Терапии Боли "ФАРМАТЕБ"» подтверждено Актом сдачи - приемки оказанных услуг № б/н от 18.10.2022г.

В 2023 году на основании договора об оказании услуг № 432-ЗК/23 от 18.07.2023г. на проведение периодических медицинских осмотров сотрудников ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России медицинские осмотры 615 человек проведены ООО «Центр Терапии Боли "ФАРМАТЕБ"». Денежные средства в размере 963693,08 руб. были перечислены на расчетный счет ООО «Центр Терапии Боли "ФАРМАТЕБ"» в соответствии с предъявленному счету № 69 от 02.10.2023г. , по платежному поручению №152039 от 06.10.2023г. Оказание услуг по проведению медицинских осмотров работников ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России ООО «Центр Терапии Боли "ФАРМАТЕБ"» подтверждено Актом сдачи - приемки оказанных услуг № 57 от 02.10.2023г.

Оказание услуг по проведению медицинских осмотров производилось в соответствии с предоставленным списком сотрудников и на основании приказа Минтруда РФ от 31.12.2020г. № 988н «Об утверждении перечня вредных и опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых производятся предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры».

После поступления от страхователя в Филиал № 3 Отделения Фонда заявления о финансовом обеспечении предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, Филиалом было принято решение о финансовом обеспечении предупредительных мер, страхователю разрешено направить на финансовое обеспечение предупредительных мер за счет страховых взносов в 2021г., 2022-2023гг. - 2925841,84 руб. в соответствии с согласованным планом финансового обеспечения на проведение периодических медицинских осмотров 1679 работников.

Филиал № 3 Отделения Фонда возместил страхователю произведенные расходы на предупредительные меры в пределах согласованной суммы платежным поручением № 887344 от 15.12.2021г. в размере 809122,01руб., № 149908 от 15.11.2022г. в размере 1153026,75руб., № 863592 от 27.11.2023г. в размере 963693,08руб. на основании заявления страхователя о возмещении произведенных расходов на предупредительные меры и в соответствии с «Положением об особенностях возмещения расходов страхователей на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников», утвержденным Постановлением Правительства РФ от 30.12.2020г. № 2375.

За ревизуемый период расходы на пособие по временной нетрудоспособностью в связи с несчастным случаем на производстве составили 13 случаев на общую сумму -2060963,96руб. По всем случаям были произведены расследования, составлены Акты по форме Н-1., объяснительные записки пострадавших, письма от Филиала №8 о том что случаи являются страховыми имеются.

Предупредительные меры в проверяемом периоде проведены в соответствии с «Правилами финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторного, курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами», утвержденными Приказом Минтруда от 10.02.2012г. № 580н, с изменениями, внесенными приказом Минтруда от 23.06.2020г. № 365н. В ходе проверки нарушений не выявлено.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов, сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

11.4. Привлечь _____ ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР

**ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ (ФГАУ "НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНЗДРАВА РОССИИ)**

(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 Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

(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

Зач
(подпись)

Ишина Зинаида Григорьевна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

Директор Алексей А. Т. Фисенко
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при
наличии) страхователя



Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество)

Директор ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

А Фисенко

06.02.2024

(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)

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ
ОБЛАСТИ**

**(ОСФР ПО Г. МОСКВЕ И
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

пер. Орликов, д. 3 к. А, г. Москва,
107078 телефон 8 (495) 986-25-58, ,
e-mail: info@ro77.fss.ru, ОГРН
1027703026075,
ИНН/КПП 7703363868/770801001

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

Форма

**Справка
о проведенной выездной проверке**

от 06.02.2024 № 77032470000103
(дата)

В соответствии с решением

начальника отдела

(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 Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

Терентьевой Оксаны Ивановны

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

о проведении выездной проверки от 30.01.2024 № 77032470000101 (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 - Ишиной Зинаидой Григорьевной

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО Г. МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГАУ "НМИЦ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ"
МИНЗДРАВА РОССИИ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе

201

Фонда, код территориального органа Фонда,

7736182930

ИНН,

773601001

КПП,

адрес места нахождения организации (обособленного 119991, ГОРОД МОСКВА, подразделения) /
адрес постоянного места жительства ПРОСПЕКТ ЛОМОНОСОВСКИЙ, 2, индивидуального
предпринимателя, физического лица _____ СТР.1

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

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата, проверка 30.01.2024
(дата)
окончена, 06.02.2024
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт _____ Ишина Зинаида Григорьевна
(должность) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))
06.02.2024
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

✓ Директор ФГАУ НИИЦ здоровья детей Мануэлла Васильевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)
Рыжиков Андрей Сергеевич Ишина
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного
представителя)



06.02.2024
(дата)

Место печати (при
наличии) страхователя

(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.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)