

**СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ  
(ОСФР ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ)**

ул. Советская, д.11, г. Ставрополь, Ставропольский край, 355035  
телефон (8-8652) 95-56-96, факс (8-8652) 95-56-97,  
e-mail: pr\_upr@26.sfr.gov.ru, ОГРН 1022601963560,  
ИНН:КП11 2600000038/263601001

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 26.11.2025  
(дата)

№ 26102550001314

Нами (мною), Умрихиной Яной Сергеевной, Главным специалистом-экспертом, Коваленко Еленой  
Васильевной, 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 СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ**

(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

**ДУМА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ (ДУМА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1067600195  
код территориального органа Фонда 036  
ИНН 2634003904  
КПП 263401001  
адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения) / адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица 355017, 355017, Россия, край  
Ставропольский, г Ставрополь, пл Ленина,  
дом 3

за период с 01.01.2022 по 31.12.2024  
(дата) (дата)

| Год  | Основной вид<br>экономической деятельности<br>(код по ОКВЭД) | Класс<br>профессионального<br>риска | Размер страхового<br>тарифа | Скидка/надбавка |
|------|--|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 2022 | 84.11.21   | 1                                   | 0,200                       | Нет             |
| 2023 | 84.11.21   | 1                                   | 0,200                       | Нет             |
| 2024 | 84.11.21   | 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, 355017, Россия, край Ставропольский, г Ставрополь, пл Ленина, дом 3  
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 24.11.2025, окончена 25.11.2025  
(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>Председатель СК</u><br>(должность)          | <u>ВЕЛИКДАНЬ НИКОЛАЙ ТИМОФЕЕВИЧ</u><br>(фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| <u>И.О.председателя Думы СК</u><br>(должность) | <u>Судавцов Дмитрий Николаевич</u><br>(фамилия, имя, отчество (при наличии))  |
| <u>Главный бухгалтер</u><br>(должность)        | <u>Лобач Елена Павловна.</u><br>(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 06.08.2019 по 06.08.2019  
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 07.08.2019 № 162н/с  
(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) |
|---------------------|---|
|                     |   |

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)

Сведения представлены, не представлены (ненужное зачеркнуть);

не выявлено.

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2022 - 31.12.2024  
 (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

ДУМА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ (ДУМА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ)

(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)

(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 СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ**

(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)

Умрихина Яна Сергеевна  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших проверку

  
(подпись)

Коваленко Елена Васильевна  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

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

*первой заместителю профессора  
Теме Юрьевичу  
Степановскому*  
\_\_\_\_\_ (должность)

  
(подпись)

Судачев Д. Н.  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))



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

*заверенные копии акта, постановления и финансов (глав-  
ной бухгалтер) санатория Юридического центра*  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

  
(подпись)

*25.11.2025 г*  
(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)