

Nazwa kwalifikacji: **Planowanie i prowadzenie działalności w organizacji**

Oznaczenie kwalifikacji: **AU.35**

Numer zadania: **01**

Wypełnia zdający

Numer PESEL zdającego*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejsce na naklejkę z numerem
PESEL i z kodem ośrodka

Czas trwania egzaminu: **180 minut**

AU.35-01-19.06

EGZAMIN POTWIERDZAJĄCY KWALIFIKACJE W ZAWODZIE

Rok 2019

CZĘŚĆ PRAKTYCZNA

**PODSTAWA PROGRAMOWA
2017**

Instrukcja dla zdającego

1. Na pierwszej stronie arkusza egzaminacyjnego wpisz w oznaczonym miejscu swój numer PESEL i naklej naklejkę z numerem PESEL i z kodem ośrodka.
2. Na **KARCIE OCENY** w oznaczonym miejscu przyklej naklejkę z numerem PESEL oraz wpisz:
 - swój numer PESEL*,
 - oznaczenie kwalifikacji,
 - numer zadania,
 - numer stanowiska.
3. Sprawdź, czy arkusz egzaminacyjny zawiera 10 stron i nie zawiera błędów. Ewentualny brak stron lub inne usterki zgłoś przez podniesienie ręki przewodniczącemu zespołu nadzorującego.
4. Zapoznaj się z treścią zadania oraz stanowiskiem egzaminacyjnym. Masz na to 10 minut. Czas ten nie jest wliczany do czasu trwania egzaminu.
5. Czas rozpoczęcia i zakończenia pracy zapisze w widocznym miejscu przewodniczący zespołu nadzorującego.
6. Wykonaj samodzielnie zadanie egzaminacyjne. Przestrzegaj zasad bezpieczeństwa i organizacji pracy.
7. Po zakończeniu wykonania zadania pozostaw arkusz egzaminacyjny z rezultatami oraz **KARTĘ OCENY** na swoim stanowisku lub w miejscu wskazanym przez przewodniczącego zespołu nadzorującego.
8. Po uzyskaniu zgody zespołu nadzorującego możesz opuścić salę/miejsce przeprowadzania egzaminu.

Powodzenia!

* w przypadku braku numeru PESEL – seria i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

Zadanie egzaminacyjne

Maria Szulc prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą w zakresie świadczenia usług sprzątanania biur. Jest czynnym podatnikiem VAT i dokonuje sprzedaży wyłącznie opodatkowanej. Maria Szulc zatrudniła w maju na umowę zlecenia Beatę Nowicką w celu sprzątanania pomieszczeń biurowych. Beata Nowicka jest zatrudniona na umowę o pracę u innego pracodawcy z wynagrodzeniem wyższym od minimalnego. Z tytułu zawartej umowy zlecenia podlega wyłącznie obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Wykonaj prace dla przedsiębiorstwa Usługi Sprzątanania MOP Maria Szulc.

1. Sporządź w programie magazynowo-sprzedażowym i wydrukuj w jednym egzemplarzu dokumenty dotyczące zdarzeń z maja 2019 r.:
 - dowód Pz – *przyjęcie zewnętrzne* nr 1/05/2019 dotyczący przyjęcia zakupionych materiałów do magazynu,
 - polecenie przelewu dla Zakładu Produkcyjnego MASTER sp. z o.o. za fakturę nr 52/05/2019,
 - fakturę nr 1/05/2019 dla Biura Rachunkowego RIM sp. z o.o. za sprzedane usługi,
 - zamówienie nr 1/05/2019 do Zakładu Produkcyjnego MASTER sp. z o.o. na materiały.
2. Wypełnij znajdujący się w arkuszu egzaminacyjnym formularz ZUS ZZA *Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego* w celu zgłoszenia Beaty Nowickiej do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Oblicz wskaźniki wydajności pracy pracowników w latach 2017-2018 na podstawie danych zawartych w tabeli *Dane do obliczenia wskaźników wydajności pracy w latach 2017-2018*. Zinterpretuj i oceń otrzymane wyniki. Miejsce przeznaczone na sporządzenie analizy znajduje się w arkuszu egzaminacyjnym.

Wykonaj zadanie na stanowisku egzaminacyjnym wyposażonym w komputer podłączony do drukarki sieciowej, z zainstalowanym programem magazynowo-sprzedażowym.

Pracę z programem magazynowo-sprzedażowym rozpocznij od:

- wprowadzenia danych identyfikacyjnych przedsiębiorstwa Usługi Sprzątanania MOP Maria Szulc,
- wpisania swojego numeru PESEL pod nazwą Usługi Sprzątanania MOP Maria Szulc,
- ustawienia parametrów programu niezbędnych do wykonania zadania,
- założenia kartotek kontrahentów,
- założenia kartotek materiałów i usług.

**Dane identyfikacyjne przedsiębiorstwa Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc
oraz parametry programu magazynowo-sprzedażowego**

Nazwa skrócona		MOP
Wersja programu		Próbna
Nazwa pełna		Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc wpisz swój numer PESEL
NIP		5178783150
REGON		274691575
Adres		ul. Zacisze 2, 63-700 Krotoszyn
Gmina/Powiat/Poczta		Krotoszyn
Województwo		wielkopolskie
Podstawowy rachunek bankowy	nazwa	rachunek bieżący
	numer	45 1020 2267 0000 4302 0004 2036
	nazwa banku	PKO Bank Polski SA Oddział 1 w Ostrowie Wielkopolskim
	stan początkowy	10 000,00 zł
Numeracja dokumentów		łamany przez miesiąc i rok
Parametry magazynowe		sprzedaż: wycofaj skutek magazynowy zakup: wycofaj skutek magazynowy
Nadawanie symboli kontrahentom i towarom		automatycznie kolejny numer: 1, liczba znaków: 3
Imię, nazwisko i hasło szefa		Maria Szulc, identyfikator: MS Hasło: <i>Nie wprowadzaj hasła</i>

Dane identyfikacyjne płatnika składek potrzebne do wypełnienia formularza ZUS ZZA

Imię i nazwisko	Maria Szulc
PESEL	85040415908
Data urodzenia	04.04.1985 r.
NIP	5178783150
REGON	274691575

Dane zleceniobiorcy potrzebne do wypełnienia formularza ZUS ZZA

Imię i nazwisko	Beata Nowicka
PESEL	88030311600
Data urodzenia	03.03.1988 r.
Nazwisko rodowe	Nowicka
Obywatelstwo	polskie
Kod tytułu ubezpieczenia	04 11 0 0
Data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego	08.05.2019 r.
Kod oddziału NFZ	15R wielkopolski
Adres zameldowania/zamieszkania	ul. Kaszarska 10, 63-700 Krotoszyn
Gmina/Dzielnica	Krotoszyn
Data wypełnienia formularza ZUS ZZA	15.05.2019 r.

Dane identyfikacyjne odbiorcy

Nazwa pełna	Biuro Rachunkowe RIM sp. z o.o.
Adres	ul. Kozala 21, 63-700 Krotoszyn
NIP	8114371520

**Informacje dodatkowe dotyczące działalności przedsiębiorstwa
Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc**

- Materiały są ewidencjonowane w magazynie w cenach zakupu netto (ceny kartotekowe).
- Dokumenty magazynowe są sporządzane w cenach kartotekowych.
- Sprzedaż usług jest opodatkowana stawką podatku VAT – 23%.
- Forma płatności dla odbiorców – przelew 14 dni.
- Osobą upoważnioną do wystawiania dokumentów i przyjmowania materiałów jest Natalia Kaczmarek.
- Numeracja dokumentów jest prowadzona odrębnie dla każdego dowodu ze wskazaniem miesiąca i roku, np. 1/05/2019.

Cennik usług oferowanych przez przedsiębiorstwo Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc

Rodzaj usługi	Cena sprzedaży netto usługi
Sprzątanie biura	2,20 zł/m ²
Mycie okna	3,00 zł/m ²
Pranie wykładziny	5,00 zł/m ²
Pranie tapicerki	10,00 zł/m ²

Zdarzenia gospodarcze z maja 2019 roku

- 06.05.2019 r. – otrzymano fakturę nr 52/05/2019 od Zakładu Produkcyjnego MASTER sp. z o.o. za zakupione materiały;
- 06.05.2019 r. – dowodem Pz nr 1/05/2019 przyjęto zakupione materiały do magazynu w ilości zgodnej z fakturą zakupu;
- 13.05.2019 r. – sporządzono polecenie przelewu dla Zakładu Produkcyjnego MASTER sp. z o.o. za fakturę nr 52/05/2019;
- 15.05.2019 r. – wypełniono formularz ZUS ZZA *Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego* dla Beaty Nowickiej w celu zgłoszenia jej do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 21.05.2019 r. – na podstawie faktury nr 1/05/2019 sprzedano dla Biura Rachunkowego RIM sp. z o.o. po cenie sprzedaży następujące usługi:
 - sprzątanie biura – 200 m²,
 - mycie okna – 40 m²,
 - pranie wykładziny – 60 m²;
- 27.05.2019 r. – sporządzono zamówienie nr 1/05/2019 do Zakładu Produkcyjnego MASTER sp. z o.o. z terminem realizacji 03.06.2019 r., na następujące materiały:
 - pianka czyszcząca – 20 szt. po cenie netto 10,00 zł/szt. (stawka podatku VAT 23%)
 - płyn do mycia szyb – 60 szt. po cenie netto 7,00 zł/szt.

Faktura wystawiona przez Zakład Produkcyjny MASTER sp. z o.o.

FAKTURA NR 52/05/2019		Kraków, dnia 06.05.2019 r.														
		Data dokonania lub zakończenia dostawy towarów lub wykonania usługi: 06.05.2019 r.														
Sprzedawca Zakład Produkcyjny MASTER sp. z o.o. ul. Balicka 122, 30-149 Kraków NIP 1598471828 Konto: 49 1020 2892 2276 3005 0000 0000 PKO Bank Polski SA Oddział 1 w Krakowie					Nabywca Usługi Sprzątania MOP Maria Szulc ul. Zacisze 2, 63-700 Krotoszyn NIP 5178783150 Konto: 45 1020 2267 0000 4302 0004 2036 PKO Bank Polski SA Oddział 1 w Ostrowie Wielkopolskim											
Lp.	Nazwa towaru lub usługi	J.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto		Wartość netto		Podatek VAT			Wartość brutto					
				Zł	gr	zł	gr	stawka %	kwota zł	gr	zł	gr				
1.	Płyn do mycia szyb	szt.	10	7	00	70	00	23	16	10	86	10				
2.	Mleczko do czyszczenia drewna	szt.	30	10	00	300	00	23	69	00	369	00				
Sposób zapłaty: przelew 7 dni				RAZEM:		370	00	x	85	10	455	10				
Do zapłaty złotych: 455,10 Słownie złotych: czterysta pięćdziesiąt pięć 10/100				W tym:				zw.								
								370	00	23	85	10	455	10		
										8						
										5						
										0						
				Wystawił: <i>Grzegorz Rams</i>												

Dane do obliczenia wskaźników wydajności pracy w latach 2017-2018

Wyszczególnienie	Stan na dzień	
	31.12.2017 r.	31.12.2018 r.
Przeciętny stan zatrudnienia	5 osób	7 osób
Przychody ze sprzedaży usług	45 000,00 zł	42 000,00 zł
Wynagrodzenia	15 000,00 zł	18 000,00 zł
Przeciętny stan zapasów materiałów	8 000,00 zł	10 000,00 zł

Wykaz wybranych wskaźników

$$\text{Wskaźnik efektywności wynagrodzeń} = \frac{\text{Przychody ze sprzedaży}}{\text{Wynagrodzenia}}$$

$$\text{Wskaźnik wydajności pracy} = \frac{\text{Przychody ze sprzedaży}}{\text{Przeciętny stan zatrudnienia}}$$

$$\text{Wskaźnik rotacji zapasów w razach} = \frac{\text{Przychody ze sprzedaży}}{\text{Przeciętny stan zapasów}}$$

Czas przeznaczony na wykonanie zadania wynosi 180 minut.

Ocenię będzie podlegać 6 rezultatów:

- Dowód Pz – *Przyjęcie zewnętrzne* – wydruk,
- Polecenie przelewu – wydruk,
- ZUS ZZA *Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego* – w arkuszu egzaminacyjnym,
- Faktura sprzedaży – wydruk,
- Zamówienie – wydruk,
- Analiza wydajności pracy w latach 2017-2018 – w arkuszu egzaminacyjnym.

ZUS ZZA Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego

PLATNIK WYPEŁNIA POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNIE LUB RĘCZNIE
DUŻYMI Drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim kolorem.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	----------------	------------------	---

I. DANE ORGANIZACYJNE

01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)

02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) /
KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH¹⁾

03. Data nadania (dd / mm / rrrr)

04. Nalepka „R”

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Numer NIP (wpisać bez kresek)

02. Numer REGON

03. Numer PESEL²⁾

04. Rodzaj dokumentu:
jeśli dowód osobisty, wpisać 1,
jeśli paszport - 2

05. Seria i numer dokumentu

06. Nazwa skrócona

07. Nazwisko

08. Imię pierwsze

09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
PŁATNIKA SKŁADEK

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Numer PESEL²⁾

02.

03. Rodzaj dokumentu

(wypełnić jak pole II.04)

04. Seria i numer dokumentu

05. Nazwisko

06. Imię pierwsze

07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)

III. DANE IDENTYFIKACYJNE
OSOBY ZGŁASZANEJ
DO UBEZPIECZENIA

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. Imię drugie

02. Nazwisko rodowe

03. Obywatelstwo

04. Płeć (wpisać: K - kobieta,
M - mężczyzna)

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. Kod tytułu

ubezpieczenia³⁾

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data powstania obowiązku
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. Data rozpoczęcia
ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)

02. Kod oddziału NFZ

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU

01. Kod pocztowy

02. Miejscowość

03. Gmina / Dzielnica

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy
adres jest inny niż polski)

PLATNIK WYPELNIÄ POLA W WYZNACZONYCH KRATKACH KOMPUTEROWO, NA MASZYNE LUB RÄCZNIE
DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH	ZUS ZZA	strona: 2	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH
-----------------------------------	---------	-----------	---

IX. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Gmina / Dzielnica	
<input type="text"/>	
04. Ulica	
<input type="text"/>	
05. Numer domu	06. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
07. Numer telefonu	
<input type="text"/>	
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
<input type="text"/>	

X. ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy	02. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>
03. Ulica	
<input type="text"/>	
04. Numer domu	05. Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
06. Skrytka pocztowa	07. Numer telefonu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)	
<input type="text"/>	
09. Adres poczty elektronicznej	
<input type="text"/>	

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej

03. Pieczęćka płatnika

XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia

XIII. ADNOTACJE ZUS

¹⁾ W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUA.

²⁾ Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.

³⁾ Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.

Analiza wydajności pracy w latach 2017-2018

1. Obliczenie wskaźników

2. Interpretacja wskaźników

3. Porównanie i ocena wydajności pracy w latach 2017-2018

Wypełnia zdający

Do arkusza egzaminacyjnego dołączam wydruki w liczbie: kartek – czystopisu i kartek – brudnopisu.

Wypełnia Przewodniczący ZN

Potwierdzam dołączenie przez zdającego do arkusza egzaminacyjnego wydruków w liczbie kartek łącznie.

.....
Czytelny podpis Przewodniczącego ZN