



Государственный внебюджетный фонд

СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР по Смоленской области)**

Крупской ул., д.37А, г.Смоленск, 214019  
телефон (4812) 62-49-12, факс: (4812) 55-12-40

e-mail: info@67.sfr.gov.ru

ОКПО 12373640, ОГРН 1026701434539

ИНН/КПП 6730011729/673101001

Приложение № 10  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 31 мая № 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 06.10.2023  
(дата)

№ 67042370000253

Нами (мною), Корсиковой Екатериной Ивановной, 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 СМОЛЕНСКОЙ 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 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 **СМОЛЕНСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ "ЮЖНЫЙ" (СОГБОУ «ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР «ЮЖНЫЙ»),**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 6705100564 ,

код территориального органа Фонда 67041 ,

ИНН 6725002581 ,

КПП 672501001 ,

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 216500, СМОЛЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ, РАЙОН РОСЛАВЛЬСКИЙ, ГОРОД РОСЛАВЛЬ, УЛИЦА МИЧУРИНА, 175

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022

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, 216500, СМОЛЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ, РАЙОН РОСЛАВЛЬСКИЙ, ГОРОД РОСЛАВЛЬ, УЛИЦА МИЧУРИНА, 175

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 02.10.2023, окончена 04.10.2023  
(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 КАРТУНИНА СВЕТЛАНА ВЛАДИМИРОВНА С 02.07.2019 ПО 30.06.2022,  
(должность) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

ВРИО ДИРЕКТОРА ФИРСЕНКОВА ИРИНА ВИКТОРОВНА С 01.07.2022,  
(должность) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

ДИРЕКТОР ФИРСЕНКОВА ИРИНА ВИКТОРОВНА С 07.04.2023 ПО НАСТОЯЩЕЕ  
(должность) ВРЕМЯ,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер КУРЧЕВСКАЯ МАРИНА АЛЕКСАНДРОВНА С 01.11.2012 ПО 18.06.2021,  
(должность) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Врио главного НИКИТЕНКОВА НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА С 21.06.2021,  
бухгалтера (должность) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер ВОЛОДЧЕНКОВА ОЛЬГА ВИКТОРОВНА С 12.07.2021 ПО НАСТОЯЩЕЕ  
(должность) ВРЕМЯ.  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

- 1) Расчет планируемой суммы финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний;
- 2) План финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний;
- 3) Карточки учета ПМО;
- 4) Счета, товарные накладные;
- 5) Отчет об использовании сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

(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:

Не представленных документов нет.

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



8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 24.10.2019 по 25.10.2019,  
 (дата) (дата)  
 акт выездной проверки от 31.10.2019 № 222 н/с.  
 (дата)

9. Предыдущей выездной проверкой недостатков и нарушений не обнаружено.  
 (устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия СМОЛЕНСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ "ЮЖНЫЙ" (СОГБОУ "ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР "ЮЖНЫЙ") на сумму 32 540,92 рублей, в том числе:

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 32 540,92 рублей;

Произведенные страхователем расходы соответствуют отчетам об использовании сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний, плану финансирования предупредительных мер.

Все документы, подтверждающие целевое использование средств, предоставлены к проверке. Нарушений не обнаружено.

Сумма, израсходованная страхователем на финансирование предупредительных мер не превышает сумму страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, подлежащих перечислению в установленном порядке в текущих финансовых годах.

(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 отменному 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 СМОЛЕНСКОЕ ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ "ЮЖНЫЙ" (СОГБОУ «ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР «ЮЖНЫЙ»),

(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

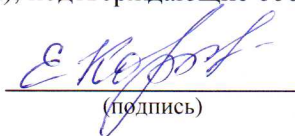
дней со дня получения настоящего акта в

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ, по адресу: ул. Тенишевой, д.17-а, г.  
Смоленск, 214014, Кабинет 104 (правое крыло).

(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

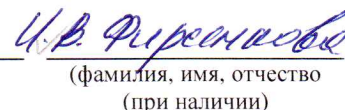
  
(подпись)

Корсикова  
Екатерина Ивановна  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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

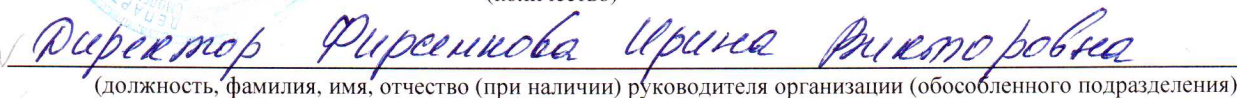
  
(должность)

  
(подпись)

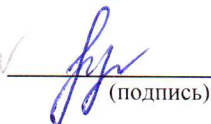
  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

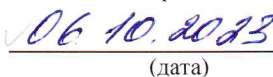
Место печати (при  
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ 4-х \_\_\_\_\_ 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)