



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
е-mail: info@67.sfr.gov.ru
ОКПО 12373640, ОГРН 1026701434539
ИНН/КПП 6730011729/673101001

Приложение № 7
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
27.12.2021 N 594
Форма 7

Акт выездной проверки

от 06.10.2023
(дата)

№ 67042380001943

Мною, Корсиковой Екатериной Ивановной - главным специалистом – экспертом

(фамилия, имя, отчество (при наличии) проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы²⁾

отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Смоленской области

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к выездной проверке)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

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

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика

6705100564 ,

Код подчиненности

67041 ,

ИНН³

6725002581 ,

КПП⁴

672501001 ,

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

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

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4.7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством", статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" <1>.

Общие положения:

1. Место проведения выездной проверки:

Территория страхователя: 216500, ОБЛАСТЬ СМОЛЕНСКАЯ, РАЙОН РОСЛАВЛЬСКИЙ, ГОРОД РОСЛАВЛЬ, УЛИЦА МИЧУРИНА, 175

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 02.10.2023 окончена 04.10.2023

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

-
(фамилия, имя, отчество) при наличии))

от

-
(дата)

№-

выездная проверка была приостановлена с _____ - _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество) при наличии) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____ - _____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер 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
бухгалтера НИКИТЕНКОВА НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА С 21.06.2021,
(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) Трудовые договора, дополнительные соглашения к трудовым договорам;
- 2) Трудовые книжки;
- 3) Справки о суммах заработной платы за два календарных года, предшествующих году прекращения работы Формы 182н;
- 4) Заявления, сведения, приказы о приеме и увольнении работников;
- 5) Листки нетрудоспособности и расчеты к ним, комплекты документов для назначения и выплаты пособий на рождения ребенка, по уходу за ребенком до полутора лет;
- 6) Штатное расписание;
- 7) Табеля учета рабочего времени;
- 8) Расчетные листки;
- 9) Сводные начислений, удержаний, выплат;
- 10) Графики отпусков;
- 11) Личные карточки работников.

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

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

Не предоставленных документов нет.

(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 проверкой недостатки и нарушения -

(устранены/не устранены (в случае не устранения нарушений - указывается их существо))

Проверка полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами и исчисление размера соответствующего вида страхового обеспечения, иных выплат и расходов проводилась впервые.

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 5 438 693,43 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 4 634 260,69 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 360 573,07 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 385 113,08 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 57 363,21 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 383,38 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда излишне понесены расходы в связи:

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

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

10.2.3. В ходе проверки выявлено нарушение срока представления сведений о застрахованном лице в территориальный орган страховщика, необходимых для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности.

В соответствии с частью 8 статьи 13 Закона № 255 - ФЗ и пунктом 22 «Правил получения Фондом социального страхования Российской Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 23.11.2021 № 2010 (далее - Правила № 2010), страхователь не позднее 3 рабочих дней со дня получения данных о закрытии электронного листка нетрудоспособности по запросу страховщика должен представить сведения в объеме, указанном в запросе страховщика, который направляется страхователю одновременно с данными о закрытии электронного листка нетрудоспособности.

- 12.09.2022 оператором информационной системы страховщика был направлен запрос (файл 145fdccd-7eb6-4f2d-8d47-7df6b18cf1ce) страхователю (работодателю) на проверку, подтверждение, корректировку сведений в отношении застрахованного лица Богдановой Натальи Вячеславовны (СНИЛС 076-841-912 00) для осуществления проактивной выплаты (процесс 51440046) по электронному листку № 910136037761, выданному на период временной нетрудоспособности с 29.08.2022 по 12.09.2022, дата выдачи 29.08.2022.

Ответ на запрос от страхователя страховщиком в трехдневный срок не получен. Реестр отправлен на оплату 20.09.2022. (Идентификатор записи*: E91687E74032C402E0530F13E40A494D);

Таким образом, в нарушение части 8 статьи 13 Закона № 255 - ФЗ и пункта 22 Правил № 2010 страхователем не представлены сведения необходимые для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности в срок не позднее трех рабочих дней со дня получения данных о закрытии электронного листка нетрудоспособности по запросу страховщика.

В соответствии с частью 3 статьи 15.2 Закона № 255-ФЗ, нарушение страхователем срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, влечет взыскание с него штрафа в размере 5 000 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 страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
---------------------	--

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового

обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение 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»), к ответственности, предусмотренной частью 3 статьи 15.2 Федерального закона 255-ФЗ от 29.12.2006 года за нарушение страхователем установленного срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения и взыскать штраф в размере 5000 руб. 00 коп.

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 Смоленской области, по адресу : ул. Тенишевой, д.17-а, г. Смоленск, 214014, Кабинет 104 (правое крыло).

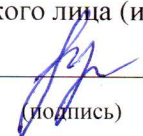
(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. 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


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

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

✓ Директор (должность) ✓  (подпись) ✓ И.В. Рирсенинова (фамилия, имя, отчество(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя ✓

Экземпляр настоящего акта с - _____ приложениями на 4-х листах получил:

✓ Директор Рирсенинова Ирина Викторовна (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)) руководителя организации (обособленного подразделения)

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

✓  (подпись) ✓ 06.10.2023 (дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей) от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)