

**Филиал № 4 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**

663960, Красноярский край, г.Заозерный,
ул.Папанина, д.3А

тел. (839165) 20193

e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

Приложение № 5
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 5

**Справка
о проведенной выездной проверке страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 21.10.2022

(дата)

№ 24042250001153

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Кирилловой Оксаны Викторовны

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 18.10.2022 № 24042250001151

(дата)

главным специалистом-уполномоченным - Лукьяновой Мариной Яковлевной (Красноярское
(филиал № 4))

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица
которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности
уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального
страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на
выплату страхового обеспечения страхователем

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ "ПАРТИЗАНСКИЙ".**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

2414370052

Код подчиненности

24041

ИНН

2430002691

КПП

243001001

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

663540, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН
ПАРТИЗАНСКИЙ, СЕЛО
ПАРТИЗАНСКОЕ, УЛИЦА ГАГАРИНА,
ДОМ 30

**КГБУ СО «КЦСОН
«ПАРТИЗАНСКИЙ»
Вх № 84 от 18.10.2022**

за период с

01.01.2019

по

31.12.2021

(дата)

(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 18.10.2022,

(дата)

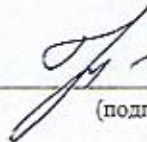
проверка окончена 21.10.2022.

(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-
уполномоченный

(должность)



(подпись)

Лукьянова Марина Яковлевна

(Ф.И.О.)

21.10.2022

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Директор Потребительского Кооператива «Искра» Александровна

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)



10.11.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

Филиал № 4 Государственного учреждения- Красноярского
регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный, ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

Приложение № 8
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9
Форма 7

Акт выездной проверки

от 21.10.2022
(дата)

№ 24042250001155

Нами (мною), Лукьяновой Мариной Яковлевной, Главным специалистом-уполномоченным
(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

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

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты
(перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального
страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской
Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а
также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения
страхователем

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ПАРТИЗАНСКИЙ"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном

органе страховщика

2414370052

Код подчиненности

24041

ИНН ³

2430002691

КПП ⁴

243001001

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

663540, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН
ПАРТИЗАНСКИЙ, СЕЛО ПАРТИЗАНСКОЕ, УЛИЦА
ГАГАРИНА, ДОМ 30

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	88.10	1	0.2	Нет
2020	88.10	1	0.2	Нет
2021	88.10	1	0.2	Нет

КГБУ СО «КЦСОН»
«ПАРТИЗАНСКИЙ»
Вх № 81 от 10.11. 2022

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН ПАРТИЗАНСКИЙ, СЕЛО ПАРТИЗАНСКОЕ,
УЛИЦА ГАГАРИНА, ДОМ 30

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 18.10.2022 окончена 21.10.2022
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) ⁶ в проверяемом периоде являлись:

ПОТЫЛИЦИНА ИРИНА
АЛЕКСАНДРОВНА

директор	_____	_____
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	
Главный бухгалтер	Н.А.Гладких	_____
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

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

представленных следующих документов:

Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица) документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами документы, Карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов документы, Сводные ведомости документы, Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт) документы, Табель учета рабочего времени документы, Трудовые договоры (коллективные договоры) документы, Штатное расписание (штатная расстановка) документы.

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

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

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

8. Предыдущая выездная
проверка проводилась с 13.11.2019 по 18.11.2019,
(дата) (дата)
Акт выездной проверки от 20.11.2019 № 26н/с 8.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения
устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено: В ходе проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения нарушений не 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: ⁹

Начисление страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний производилось в соответствии со ст.20.1 Федерального закона от 24.07.1998г. № 125-ФЗ, с Правилами начисления, учета и расходования средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденными постановлением Правительства РФ от 02.03.2000 № 184 . Страховые взносы начислялись на все виды выплат в пользу работников, за исключением выплат, установленных ст.20.2. Федерального закона от 24.07.1998г. №125-ФЗ. Выплаты, на которые начисляются страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, отраженные в Расчете по начисленным и уплаченным страховым взносам (по форме 4-ФСС РФ) не выявлены.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: ⁹

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомερных действий (бездействия): ⁹
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: ⁹

В проверяемом периоде не производилось расходов: на выплату пособий по временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями на производстве, на выплату пособий по временной нетрудоспособности в связи с профессиональными заболеваниями, по оплате дополнительного отпуска.

В проверяемом периоде производились расходы на финансирование предупредительных мер, по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний в 2020г в сумме 11 025.84рублей: в том числе на проведение спец. оценки рабочих мест 11 025.84рублей. Все необходимые документы представлены: отчет, платежные поручения, счет, акт на оказание выполненных услуг.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
---------------------	---

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет): ⁹

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
--------	---	------------------------------------

не выявлено.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: ⁹

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 **КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ПАРТИЗАНСКИЙ"**

(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2019 - 31.12.2021
(период)

в размере 0,00 руб.; ⁹

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей. ⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.; ⁹

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета; ⁹

11.3. _____; ⁹

(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 **КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ПАРТИЗАНСКИЙ"**

(наименование организации, Ф.И.О. 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 дней со дня получения настоящего акта в

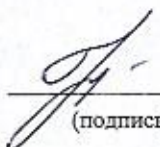
Филиал № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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 страховщика,
проводивших проверку


(подпись)

Лукьянова Марина
Яковлевна
(Ф.И.О.)

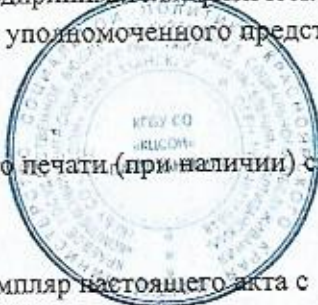
Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности, индивидуального
предпринимателя, физического лица
(их уполномоченного представителя)

✓ директор
(должность)

И.А. Тютинкина
(подпись)

И.А. Тютинкина
(Ф.И.О.)

✓ Место печати (при наличии) страхователя



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

директор Тютинкина Ирина Александровна
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

✓ И.А. Тютинкина
(подпись)

10.11.2022
(дата)

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.¹¹

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае непредставления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹¹ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

Филиал № 4 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный,
ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

Справка

о проведенной выездной проверке 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

от 21.10.2022
(дата)

№ 24042280001103

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Кирилловой Оксаны Викторовны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки 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 (далее - выездная проверка) от 18.10.2022 № 24042280001101

главным специалистом-уполномоченным - Лукьяновой Мариной Яковлевной (Красноярское (филиал № 4)),

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

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ПАРТИЗАНСКИЙ"

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

2414370052

Код подчиненности

24041

ИНН

2430002691

КПП

243001001

КГБУ СО «КЦСОН»
«ПАРТИЗАНСКИЙ»
Вх. № 82 от 10.11.2022

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

663540, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ,
РАЙОН ПАРТИЗАНСКИЙ, СЕЛО
ПАРТИЗАНСКОЕ, УЛИЦА ГАГАРИНА,
ДОМ 30

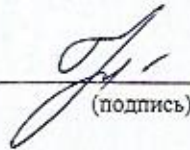
за период с 01.07.2020 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 18.10.2022,
(дата)
проверка окончена 21.10.2022.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-
уполномоченный
(должность)


(подпись)

Лукьянова Марина Яковлевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

Директор Филиппов Иван Александрович
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)



10.11.2022
(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 (их уполномоченных представителей))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Филиал № 4 Государственного учреждения-
Красноярского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской
Федерации
663960, Красноярский край, г.Заозерный,
ул.Папанина, д.3А
тел. (839165) 20193
e-mail: info_fil_4@ro24.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

Акт выездной проверки

от 21.10.2022
(дата)

№ 24042280001104

Нами (мною), Лукьяновой Мариной Яковлевной, главным специалистом-уполномоченным
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

филиала № 4 Государственного учреждения- Красноярского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого
привлекались к проведению проверки)

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

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ПАРТИЗАНСКИЙ"
(КГБУ СО "КЦСОН "ПАРТИЗАНСКИЙ")

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

Регистрационный номер в территориальном
органе Фонда социального страхования
Российской Федерации

2414370052

Код подчиненности

24041

ИНН

2430002691

КПП

243001001

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

663540, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН
ПАРТИЗАНСКИЙ, СЕЛО ПАРТИЗАНСКОЕ, УЛИЦА
ГАГАРИНА, ДОМ 30

за период с 01.07.2020 по 31.12.2021
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006
г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в
связи с материнством», статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний»¹.

**КГБУ СО «КЦСОН»
«ПАРТИЗАНСКИЙ»
Вх. № 83 от 12.11.2022**

1. Место проведения выездной проверки
Территория страхователя, КРАЙ КРАСНОЯРСКИЙ, РАЙОН ПАРТИЗАНСКИЙ, СЕЛО
ПАРТИЗАНСКОЕ, УЛИЦА ГАГАРИНА, ДОМ 30

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 18.10.2022 окончена 21.10.2022
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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 социального страхования Российской Федерации)

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	ПОТЫЛИЦИНА ИРИНА АЛЕКСАНДРОВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Хренкова Е.А.
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

документы Прочие документы, подлинники документов Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), документы Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет), документы Заверенная копия приказа о предоставлении дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами, документы Заявление застрахованного лица о предоставлении дополнительного выходного дня (дней), документы Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, документы Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), документы Листок нетрудоспособности, документы Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, документы Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников), документы Справка (справки) с места работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата пособия этим страхователем не осуществляется, документы Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, документы Табеля учета использования рабочего времени за расчетный период, документы Табель учета рабочего времени.

(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

акт выездной проверки от

_____ по _____,
(дата) (дата)
_____ № _____,
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ "ПАРТИЗАНСКИЙ" (КГБУ СО "КЦСОН "ПАРТИЗАНСКИЙ") на сумму 1 536 173,24 руб., в том числе:

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 22 663,58 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 289 000,36 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 849,88 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 194 335,40 руб.;

Возмещение расходов Страхователю на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами за счет средств межбюджетных трансфертов из федерального фонда на сумму 29 324,02 руб.;

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

10.2.1.

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 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 социального страхования Российской Федерации 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)
---------------------	--

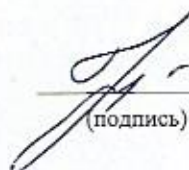
Приложение: на ____ листах.

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 Филиал № 4 Государственного учреждения - Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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 социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку


(подпись)

Лукиянова Марина
Яковлевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

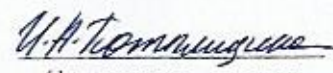
Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)



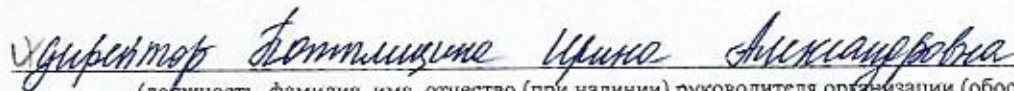
Место печати (при наличии) страхователя


(должность)


(подпись)


(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ 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)

10.11.2022
(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)

1. Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070