

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

ул. Декабрьских Событий, д.92, г. Иркутск, Иркутская область,
664007

телефон 8 (3952) 47-00-00, ,
e-mail: osfrirk@38.sfr.gov.ru, ОГРН 1033801046003,
ИНН/КПП 3808096980/380801001

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации

от 30 мая 2023 г.

№ 932

Форма

Акт выездной проверки

от 14.10.2024
(дата)

№ 38072480000183

Нами (мною), Болошиновой Эльвирой Прокопьевной, 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 ИРКУТСКОЙ 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 или
застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) сведений и документов, необходимых для назначения и
выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату
социального пособия на погребение

**ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО
ОБСЛУЖИВАНИЯ "ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-
ОРДЫНСКИЙ" (ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ)**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>1002525275</u>
код территориального органа Фонда	<u>048</u>
ИНН	<u>3849018363</u>
КПП	<u>384901001</u>
адрес в пределах местонахождения организации (обособленного подразделения)/адрес регистрации по месту жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>669001, ОБЛАСТЬ ИРКУТСКАЯ, РАЙОН ЭХИРИТ-БУЛАГАТСКИЙ, ПОСЕЛОК УСТЬ- ОРДЫНСКИЙ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 39</u>

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023
(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» (далее - Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ), статьей 26¹⁶

Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от
несчастных случаев на территории Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 24
июля 1998 г. № 125-ФЗ)
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ИРКУТСКАЯ, РАЙОН ЭХИРИТ-БУЛАГАТСКИЙ, ПОСЕЛОК
УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ, УЛИЦА ПЕРВОМАЙСКАЯ, 39

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 07.10.2024 окончена 10.10.2024
(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), индивидуального предпринимателя, физического лица в проверяемом периоде являлись:

<u>Директор</u> (должность)	<u>КОЛЫХАЛОВА ОЛЬГА СЕРГЕЕВНА</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>Главный бухгалтер</u> (должность)	<u>Багдужева Агния Анагольевна.</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных
(сплошным, выборочным)
следующих сведений и документов:

· при проверке полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами страхового обеспечения и исчисление размера пособия по временной нетрудоспособности проверено 86 листков временной нетрудоспособности за периоды: 1 квартал 2021 г., 4 квартал 2021 г., 1 квартал 2022 г., 2 квартал 2022 г., 1 квартал 2023 г., 2 квартал 2023 г.; также проверены заявления застрахованных лиц о выплате пособия, заявления застрахованных лиц о замене календарных лет, сведения о застрахованных лицах, индивидуальные карточки учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, расчетные ведомости по заработной плате, справки о сумме заработка застрахованного лица, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей) № 182н, трудовые книжки, трудовые договоры, «Положение об оплате труда работников», «Штатное расписание», табели учета рабочего времени, приказы по личному составу: о приеме, отпусках, режиме рабочего времени и т.д.; · при проверке полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами страхового обеспечения и исчисление размера пособия по беременности и родам - за период с 01.01.2021 г. по 31.12.2023 г. проверено 13 листков временной нетрудоспособности, выданных на период отпуска по беременности и родам; также проверены заявления застрахованных лиц о выплате пособия, заявления застрахованных лиц о предоставлении отпуска по беременности и родам, приказы о предоставлении отпуска по беременности и родам застрахованным лицам, заявления застрахованных лиц о замене календарных лет, индивидуальные карточки учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых

взносов, расчетные ведомости по заработной плате, справки о сумме заработка застрахованного лица, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей) № 182н, трудовые книжки, трудовые договоры, «Положение об оплате труда работников», «Штатное расписание», табели учета рабочего времени, приказы по личному составу: о приеме, отпусках, режиме рабочего времени и т.д.; · при проверке полноты и достоверности сведений, влияющих на право получения застрахованными лицами страхового обеспечения и исчисление размера пособия по беременности и родам - за период с 01.01.2021 г. по 31.12.2023 г. проверено 13 листков временной нетрудоспособности, выданных на период отпуска по беременности и родам; также проверены заявления застрахованных лиц о выплате пособия, заявления застрахованных лиц о предоставлении отпуска по беременности и родам, приказы о предоставлении отпуска по беременности и родам застрахованным лицам, заявления застрахованных лиц о замене календарных лет, индивидуальные карточки учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, расчетные ведомости по заработной плате, справки о сумме заработка застрахованного лица, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей) № 182н, трудовые книжки, трудовые договоры, «Положение об оплате труда работников», «Штатное расписание», табели учета рабочего времени, приказы по личному составу: о приеме, отпусках, режиме рабочего времени и т.д.

расчетный период. Общая сумма ущерба составила:

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 15 058,33 руб.:

Борходоева Марина Константиновна: номер ЛН № 910187764171, дата выдачи 09.08.2023, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 19.08.2023, страховой стаж 34 лет 11 мес, выплачено пособие за период с 10.08.2023 по 18.08.2023, средний заработок 227 816,98 руб.

Иное.

Сумма излишне понесенных расходов составила 2 883,51 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 2 508,51 руб. Сумма НДФЛ 375,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 2 883,51 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 0,00 руб. Сумма НДФЛ 0,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 0,00 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 2 508,51 руб. Сумма НДФЛ 375,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 2 883,51 руб.

Борходоева Марина Константиновна: номер ЛН № 910184240357, дата выдачи 07.07.2023, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, страховой стаж 34 лет 11 мес, выплачено пособие за период с 03.07.2023 по 10.07.2023, средний заработок 227 816,98 руб.

Иное.

Сумма излишне понесенных расходов составила 2 563,12 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 2 230,12 руб. Сумма НДФЛ 333,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 2 563,12 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 0,00 руб. Сумма НДФЛ 0,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 0,00 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 2 230,12 руб. Сумма НДФЛ 333,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 2 563,12 руб.

Борходоева Марина Константиновна: номер ЛН № 910186142951, дата выдачи 25.07.2023, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, страховой стаж 34 лет 11 мес, выплачено пособие за период с 26.07.2023 по 09.08.2023, средний заработок 227 816,98 руб.

Иное.

Сумма излишне понесенных расходов составила 4 805,85 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 4 181,85 руб. Сумма НДФЛ 624,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 805,85 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 0,00 руб. Сумма НДФЛ 0,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 0,00 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 4 181,85 руб. Сумма НДФЛ 624,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 805,85 руб.

Борходоева Марина Константиновна: номер ЛН № 910184523257, дата выдачи 10.07.2023, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, страховой стаж 34 лет 11 мес, выплачено пособие за период с 11.07.2023 по 25.07.2023, средний заработок 227 816,98 руб.

Иное.

Сумма излишне понесенных расходов составила 4 805,85 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 4 180,85 руб. Сумма НДФЛ 625,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 805,85 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 0,00 руб. Сумма НДФЛ 0,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 0,00 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 4 180,85 руб. Сумма НДФЛ 625,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 4 805,85 руб.

Сергей Александрович Савельев, заместитель начальника отдела по работе с работодателями для перечисления указанных пособий (оплат)
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 1 957,00 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 организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя) в 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 пенсионного и социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем/застрахованным лицом (нужное подчеркнуть) 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 15 058,33 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Август, 2023	7 368,97
Сентябрь, 2023	7 689,36

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ "ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ" (ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ П. УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ)

11.4. Привлечь _____

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. Пунктом 2 статьи 15.2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за нарушение - представление страхователем недостоверных сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, или их сокрытие, повлекшие излишне понесенные расходы на выплату страхового обеспечения _____;

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. Пунктом 3 статьи 15.2 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за нарушение - нарушение страхователем установленного настоящим Федеральным законом срока представления страховщику сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения _____;

(указывается состав правонарушения)

11.4.3. Пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ за

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 33255859234120389457190164703478803627
 Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
 РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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 ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям, в соответствии с пунктом 5 статьи 26¹⁹ 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

Болошинова Эльвира
Прокопьевна

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

Директор

(должность)

SP

(подпись)

*Коложаева
Олега Сергеевна*

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при
наличии) страхователя

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)

SP

(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).

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат Простая электронная подпись

Владелец Пользователь _____

Действителен с 01.01.2026 по 31.12.2026

(дата)

вызвано проверкой

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 33255859234120389457190164708478803627

Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ