

Филиал № 7 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации  
658224, Алтайский край, г.Рубцовск, пр-кт Ленина,  
д.60А

тел. 29194 29107, факс 29194

e-mail: info7@ro22.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143  
Форма 5

### Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения

от 04.06.2021  
(дата)

№ 22072180000803

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
филиала № 7 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Такмакова Олега Семеновича

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 02.06.2021 № 22072180000801

главным специалистом отдела проверок - Шуликовой Светланой Владимировной (Алтайское (филиал  
№ 7))

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

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и  
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА")

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2200004090

Код подчиненности

22071

ИНН

2256005918

КПП

225601001

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

658420, ул. Ленина, д. 10 А, г. Горняк,  
Алтайский край, РФ

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:  
проверка начата 02.06.2021,  
(дата)  
проверка окончена 04.06.2021.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

главный специалист отдела  
проверок  
(должность) \_\_\_\_\_  
Шуликова Светлана  
Владимировна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
04.06.2021  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил  
Директор Акимова Яна Аркадьевна  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

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

  
(подпись) \_\_\_\_\_  
04.06.2021  
(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 (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 рабочих дней со дня направления заказного письма.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Пользователь  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2021

### Акт выездной проверки

от «30» июня 2021 г.

№87н/с

Мною, Шуликовой Светланой Владимировной - главным специалистом отдела проверок Филиала №7 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации 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 (далее – страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя **КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА»**

регистрационный номер

в территориальном органе страховщика

2200004090

код подчиненности

22071

ИНН

2256005918

КПП

225601001

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства

индивидуального предпринимателя, физического лица

658420, ул. Ленина, д. 10 А, г. Горняк, Алтайский край, РФ

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка / Надбавка
2018	88.10: Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам	1	0,2	нет / нет
2019	88.10: Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам	1	0,2	нет / нет
2020	88.10: Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам	1	0,2	нет / нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24.07.1998г. № 125-ФЗ).

1. Место проведения проверки: 658420, ул. Ленина, д. 10 А, г. Горняк, Алтайский край, РФ

2. Выездная начата 02.06.2021г., окончена 11.06.2021г.

3. Решение о приостановлении выездной проверки не выносилось.

4. Решение о возобновлении выездной проверки не выносилось.

5. Должностными лицами организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

Руководитель - АКимова ЯНА АРКАДЬевна ,

Главный бухгалтер - Квасова Ольга Геннадьевна .

6. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных следующих документов: расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – Расчет 4-ФСС) за период с 01.01.2018г. по 31.12.2020г.; устава; свидетельства о государственной регистрации юридического лица; свидетельства о постановке на учет в налоговом органе; коллективного договора; главной книги; отчета о финансовых результатах; пояснительной записки к бухгалтерскому отчету; оборотно-сальдовых ведомостей по счетам: 69 «Расчеты по социальному страхованию и обеспечению», 70 «Расчеты с персоналом по оплате труда», выписки из ЕГРЮЛ; положения об оплате труда; положения о премировании; штатного расписания; ведомостей начисления заработной платы; выборочным методом: приказов; табелей учета отработанного времени; авансовых отчетов; лицевых счетов; кассовых и банковских документов; договоров ГПХ.

листочков нетрудоспособности; Акт формы Н-1;

документов, подтверждающих расходы на финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний (заявление, приказ Фонда социального страхования РФ от 27.04.2018г. № 66 «О финансовом обеспечении в 2018 году предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников страхователя»; план финансового обеспечения предупредительных мер; перечень мероприятий по улучшению условий и охраны труда работников; отчет об использовании сумм страховых взносов; приказ о создании комиссии по проведению специальной оценки условий труда; гражданско-правовой договор на оказание услуг по проведению специальной оценки условий труда; акт приемки выполненных работ; отчет о проведении специальной оценки условий труда; счета-фактуры и платежные поручения об оплате);

7. В ходе выездной проверки были представлены все затребованные документы.

8. Предыдущая выездная проверка проводилась за период с 01.01.2010г. по 31.12.2012г., акт от 24.07.2013г. № 146н/с.

9. Выявленные предыдущей проверкой недостатки и нарушения устранены.

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. не выявлены 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 социального страхования Российской Федерации: не выявлено.

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате неправомерных действий (бездействий): не установлена.

Основной вид деятельности КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА»: Предоставление социальных услуг без обеспечения проживания престарелым и инвалидам, код по ОКВЭД 88.10 Страховой тариф 0,2% установлен в соответствии с классом профессионального риска на основании приказа №851н от 30.12.2016 г. «Об утверждении классификации видов экономической деятельности по классам профессионального риска»; Федерального закона 484-ФЗ от 31.12.2017 г. «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов»; Федерального закона 477-ФЗ от 25.12.2018 г. «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов»; Федерального закона 445-ФЗ от 27.12.2019 г. «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов».

В соответствии с пп. 2 п. 2 ст. 17 Закона № 125-ФЗ страхователь обязан в установленном порядке и в определенные страховщиком сроки начислять и перечислять страховщику страховые взносы.

Согласно ст. 21, ст. 22 Закона № 125-ФЗ страховые тарифы дифференцируются в зависимости от класса профессионального риска, а страховые взносы уплачиваются страхователем исходя из страхового тарифа с учетом скидки или надбавки, устанавливаемых страховщиком.

Пунктом 3 статьи 22 Закона № 125-ФЗ предусмотрено, что правила отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска утверждаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

В соответствии с п. 8 Правил экономическая деятельность юридических и физических лиц, являющихся страхователями по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, подлежит отнесению к виду экономической деятельности, которому соответствует основной вид экономической деятельности, осуществляемый этими лицами.

Согласно п. 9 Правил основным видом экономической деятельности для коммерческой организации является вид деятельности, который по итогам предыдущего года имеет наибольший удельный вес в общем объеме выпущенной продукции и оказанных услуг, а для некоммерческой организации - тот вид, в котором по итогам предыдущего года было занято наибольшее количество работников организации.

В силу пункта 2 Порядка основной вид экономической деятельности определяется страхователем самостоятельно.

Согласно п.3 указанного Порядка страхователь ежегодно в срок не позднее 15 апреля представляет в территориальный орган Фонда по месту своей регистрации заявление о подтверждении основного вида экономической деятельности, справку-подтверждение основного вида экономической деятельности. Указанные документы представляются по форме, установленной Порядком (Прил.№1 к Порядку, Прил. №2 к Порядку).

В том числе, в справке-подтверждении основного вида экономической деятельности должны быть указаны коды по ОКВЭД по видам деятельности, осуществляемым организацией, наименование видов экономической деятельности, доходы по видам экономической деятельности и доля доходов, соответствующих ОКВЭД.

При определении правильности страхового тарифа нарушений не установлено.

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 в установленном порядке:

При проверке правильности расходования средств по финансированию предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний нарушений не установлено.

10.1.4. Расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения представлены своевременно.

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

Установленная дата платежа:

-с 01.01.2016г. - 15 число месяца, следующего за расчетным.

При проверке полноты и своевременности уплаты страховых взносов установлено: страховые взносы уплачивались с нарушением сроков установленной даты платежа. В соответствии со ст.26.11 Федерального закона от 24.07.1998г. № 125-ФЗ за проверяемый период начислены пени в сумме 21,80 руб.

Сумма недоимки по страховым взносам и пени определяется ежемесячно с учетом излишне перечисленных страхователем страховых взносов, а также задолженности отделения (филиала отделения) Фонда.

Расчет недоимки и пени прилагается к акту (приложение № 1).

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать со страхователя Общество с ограниченной ответственностью **КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА»:**

11.1.1. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 21,89 руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3.своевременно и в полном объеме перечислять страховые взносы;

Приложение к акту проверки на 3 листах является неотъемлемой частью настоящего акта проверки.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал №7 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения 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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Главный специалист отдела  
проверок Филиала №7  
Государственного учреждения -  
Алтайского регионального  
отделения Фонда социального  
страхования Российской  
Федерации

(подпись)

Шуликова Светлана  
Владимировна  
(Ф.И.О.)

Директор КРАЕВОЕ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ  
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ  
«КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР  
СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА»

(подпись)

АКИМОВА ЯНА  
АРКАДЬЕВНА  
(Ф.И.О.)

Место печати

Экземпляр настоящего акта с 1 приложением на 3 листах получил:  
Директор КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА»

(подпись)

АКИМОВА ЯНА АРКАДЬЕВНА  
(Ф.И.О.)

05.07.2021  
(дата)

Филиал № 7 Государственного учреждения -  
Алтайского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации  
658224, Алтайский край, г.Рубцовск, пр-кт Ленина,  
д.60А

тел. 29194 29107, факс 29194

e-mail: info7@ro22.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143  
Форма 5

Справка

о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения

от 04.06.2021  
(дата)

№ 22072170000273

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
филиала № 7 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Такмакова Олега Семеновича

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 02.06.2021 № 22072170000271

главным специалистом отдела проверок - Шуликовой Светланой Владимировной (Алтайское (филиал  
№ 7))

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

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и  
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА")**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2200004090 ,

Код подчиненности

22071 ,

ИНН

2256005918 ,

КПП

225601001 ,

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

658420, ул. Ленина, д. 10 А, г. Горняк,  
Алтайский край, РФ ,



за период с 01.01.2018 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 02.06.2021,  
(дата)

проверка окончена 04.06.2021.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

главный специалист отдела  
проверок  
(должность)

  
(подпись)

Шуликова Светлана  
Владимировна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Директор Акимова Яна Аркадьевна  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



04.06.2021  
(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 (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 рабочих дней со дня направления заказного письма.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Пользователь  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2021

Филиал № 7 Государственного учреждения  
- Алтайского регионального отделения  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
658224, Алтайский край, г.Рубцовск, пр-кт Ленина,  
д.60А  
тел. 29194 29107, факс 29194  
e-mail: info7@ro22.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 30.06.2021  
(дата)

№ 22072180000804

Нами (мною), Шуликовой Светланой Владимировной, главным специалистом отдела проверок  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

филиала № 7 Государственного учреждения - Алтайского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

( наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки )  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и  
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

**КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛОКТЕВСКОГО  
РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ  
ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА")**

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика 2200004090 ,  
Код подчиненности 22071 ,  
ИНН 2256005918 ,  
КПП 225601001 ,  
Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес  
постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица 658420, ул. Ленина, д. 10 А, г. Горняк, Алтайский край,  
РФ ,

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020 .  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ул. Ленина, д. 10 А, г. Горняк, Алтайский край, РФ

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 02.06.2021 окончена 04.06.2021.  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (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:

	АКИМОВА ЯНА
ДИРЕКТОР	АРКАДЬЕВНА
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_,  
(дата) (дата)  
Акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

\_\_\_\_\_  
(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 ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА" (КГБУСО "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛОКТЕВСКОГО РАЙОНА") на сумму 1 846 114,27 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 990 452,66 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 540 229,22 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 247 923,00 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 59 476,33 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 1 476,55 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 6 556,51 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.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 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 дней со дня получения настоящего акта в Филиал № 7 Государственного учреждения - Алтайского 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.

Подпись должностного лица  
территориального органа страховщика,  
проводившего выездную проверку



(подпись)

Шуликова Светлана  
Владимировна  
(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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

директор  
(должность)



(подпись)

Анилова И.А.  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

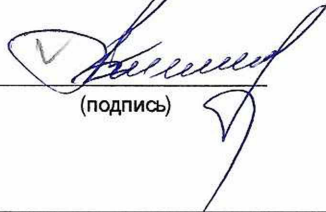


Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на \_\_\_\_\_ листах получил  
(количество приложений)

Директор Акимова Яна Аркадьевна

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



(подпись)

05.04.2021

(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.

\_\_\_\_\_  
(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.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Пользователь  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2021