Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

(ОСФР ПО САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ)

443041, Самарская область, Самара город, Садовая улица, 175
Телефон 8 (800) 200-00-36 Факс (846) 339-30-48
E-mail: info@63.sfr.gov.ru sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 593

Форма 7

Акт выездной проверки

от 28.07.2023 № 6314237000033
(дата)

Мною, Бурматновой Натальей Геннадьевной, главным специалистом - экспертом отдела проверок № 3
(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 САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, 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

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНОГО ОКРУГА" (АНО "ЦСОН ВОСТОЧНОГО ОКРУГА")
(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер 6314005497,
Код подчиненности, 63141
ИНН, 6350024457
КПП, 635001001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 446433, ОБЛ. САМАРСКАЯ, Г. КИНЕЛЬ, УЛ. Ж.Д. СОВЕТСКАЯ, ЗД. 69Б, ПОМЕЩ. 1,

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

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26[16] Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»[1].

1. Место проведения выездной проверки
Территория ТОФ, 446433, Самарская область, г.Кинель, пер.Милицейский, д.4
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориальное органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 03.04.2023 окончена 02.06.2023 .
(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 АКАКИН ЕВГЕНИЙ НИКОЛАЕВИЧ
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер Сливкина Марина Петровна
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов: Коллективный договор, расчет планируемой суммы финансового обеспечения предупредительных мер на 2020, 2021, 2022 гг.;
- договор на проведение периодических медицинских осмотров от 26.05.2020 № 042\ПР на сумму 740 000 рублей ;договор от 11.05.2021г. № 061/ПР на сумму 930 000 рублей ; договор от 13.05.2022г. № 065/ПР на сумму 382000 рублей
- поименный список лиц , подлежащих периодическим медицинским осмотрам 2020, 2021, 2022г г.
-Лицензия медучреждения, прейскурант цен на проведение медицинского профилактического периодического осмотра,
план финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний на 2020 год на сумму 85349,92 рубля, на 2021 год на сумму 88966,89 рублей , на 2022 г . на сумму 92525,79 рублей ;
- заявление о финансовом обеспечении предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников 2020, 2021, 2022 гг.
- приказ ФСС о финансовом обеспечении в 2020 году на сумму 85349,92 рублей, в 2021 году на сумму 88966,89 рублей; в 2022 году на сумму 92525,79 рублей ;
-заключительный акт от 31.07.2020 г. , от 30.07.2021г , от 29.07.2022года
- счет №105 от 26.05.2020г. г. на сумму 370000 рублей ; счет на оплату № 166 на сумму 370000 рублей от 03.08.2020г.
-платежное поручение № 1267 от 19.06.2020 г. на сумму 370000 рублей; платежное поручение № 1672 от 06.08.2020 г. на сумму 370000 рублей , от 17.08.2021г. на сумму 465000 рублей № 1842 ;№ 1019 от 17.05.2021г. на сумму 465 000рублей. ; №1014 от 30.05.2022года на сумму 191000 рублей , №1624 от 11.08.2022г. на сумму 177950 рублей
- Отчет об использовании сумм страховых взносов на сумму 85349,92 рублей за 2020год; на сумму 88966,89 рублей за 2021 год, на сумму 92525,79 рублей за 2022 год,

- заявление о возмещении в 2020, 2021,2022 гг. страхователю, зарегистрированному в территориальных органах ФСС РФ , находящихся на территории субъектов РФ , участвующих в реализации пилотного проекта, произведенных расходов на оплату предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников,;
- приказ ФСС РФ о возмещении расходов страхователям за 2020 год в сумме 85349,92 рубля, за 2021 год в сумме 88966,89 руб. , за 2022 год в сумме 92525,79 рублей;

(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 _____ (дата) по, _____ (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 АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "ЦЕНТРСОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНОГО ОКРУГА" (АНО "ЦСОН ВОСТОЧНОГО ОКРУГА") на сумму 266 842,60 руб., 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 266 842,60 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 обеспечения по страхованию 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 обеспечения по страхованию 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, 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)

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 САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

(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) Бурматнова Наталья Геннадьевна (фамилия, имя, отчество (при наличии)

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

директор (должность) (подпись) Акакин Е.Н. (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с 1 (количество) приложениями на 4 листах получил

директор Акакин Евгений Николаевич

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

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

(подпись) 28.07.2023г (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