



Государственный внебюджетный фонд

**ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Социальный фонд России)

**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ**
(ОСФР по Архангельской области и НАО)

Набережная Северной Двины, д. 28,
г. Архангельск, 163000
телефон 21-77-00, факс 20-69-19
e-mail: office@039.pfr.gov.ru http://sfr.gov.ru
ОКПО 31284178 ОГРН 1022900514515
ИНН/КПП 2901038317/290101001

%REG DATE% № %REG NUM%

На № _____ от _____

Акт выездной проверки

от 14.03.2023
(дата)

№ 29002380000644

Нами (мною), Морозовой Галиной Алексеевной - 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 АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ

(наименование Отделения)

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД
АРХАНГЕЛЬСК» «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ, МОНИТОРИНГА, ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
«ЛЕДА» (МБУ ЦЕНТР «ЛЕДА»)

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

Регистрационный номер

039001012949/2900010058

Код подчиненности

29001

ИНН

2901074153

КПП

290101001

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

163069, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ,
ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК, НАБЕРЕЖНАЯ
СЕВЕРНОЙ ДВИНЫ, ДОМ 84

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022
(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 26.16 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»¹.

1. Место проведения выездной проверки:

163069, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ, ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК, НАБЕРЕЖНАЯ СЕВЕРНОЙ ДВИНЫ, ДОМ 84

(территория проверяемого лица либо место нахождения Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

2. Выездная проверка начата: 17.02.2023 окончена 14.03.2023
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

от _____ № _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу)

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 ОРЛОВА ИРИНА ВАСИЛЬЕВНА 8 8182 201468
(наименование должности) (фамилия, имя, отчество (при наличии)) телефон

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных следующих сведений и документов:

- 1) Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем («Положение об оплате труда», «Положение о премировании», «Коллективный договор», штатное расписание, приказы и распоряжения) предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица);
- 2) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени);
- 3) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия;
- 4) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов;
- 5) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов за расчетный период, период выплаты пособий по временной нетрудоспособности;
- 6) Листок нетрудоспособности, выданный на период отпуска по беременности и родам;
- 7) Листок нетрудоспособности;
- 8) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком;
- 9) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей);
- 10) 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;
- 11) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход;
- 12) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности;
- 13) Табели учета использования рабочего времени за расчетный период;
- 14) Табель учета рабочего времени;
- 15) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти);
- 16) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка

пределами территории Российской Федерации;

17) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось;

18) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет);

19) Прочие документы;

20) 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);

21) Справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная бюро (Главным бюро, Федеральным бюро).

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 _____ 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 МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК» «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ, МОНИТОРИНГА, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ «ЛЕДА» (МБУ ЦЕНТР «ЛЕДА»)

на сумму 3 390 596,11 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 505 226,19 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 399 419,12 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до полутора лет на сумму 484 354,03 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности на сумму 1 596,77 руб.;

10.2. Отделением Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу 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 руб.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 руб.

(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 0,00 руб.

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

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

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

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Отделением Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов 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 Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу 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.

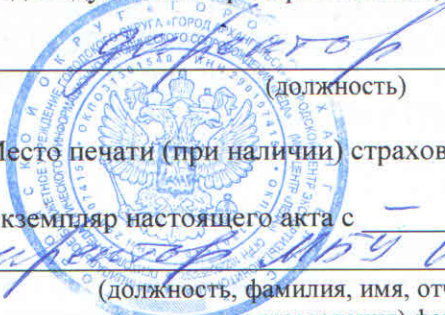
Подпись должностного лица Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, проводившего выездную проверку:

Главный специалист- эксперт
(должность)



(подпись)

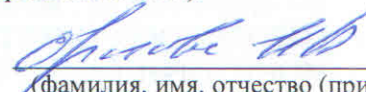
Морозова
Галина Алексеевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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



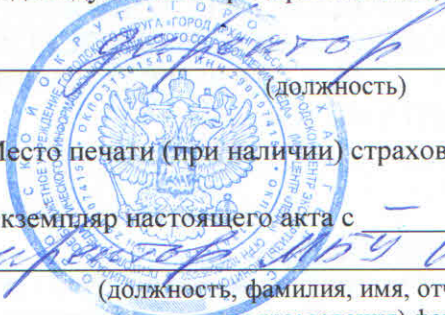
(должность)


(подпись)



(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил:



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


(подпись)

руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

14 MAR 2023
(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 проверку)

(дата)

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



Государственный внебюджетный фонд

ФОНД ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Социальный фонд России)

ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО
АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ
(ОСФР по Архангельской области и НАО)

Набережная Северной Двины, д. 28,
г. Архангельск, 163000
телефон 21-77-00, факс 20-69-19
e-mail: office@039.pfr.gov.ru http://sfr.gov.ru
ОКПО 31284178 ОГРН 1022900514515
ИНН/КПП 2901038317/290101001

%REG DATE% № %REG NUM%
На № _____ от _____

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 14 марта 2023 года
(дата)

№ 29002380000643

В соответствии с решением

Заместителя управляющего Отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) Отделения)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И НЕНЕЦКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ

(наименование Отделения)

Спивак Виктории Владимировны

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) Отделения)

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 17 февраля 2023 года № 29002380000641
(дата)

главным специалистом-экспертом – Морозовой Галиной Алексевной

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

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской
области и Ненецкому автономному округу

(наименование Отделения)

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК» «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ, МОНИТОРИНГА, ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО И ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ «ЛЕДА» (МБУ ЦЕНТР «ЛЕДА»)

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

Регистрационный номер	039001012949/2900010058
Код подчиненности	29001
ИНН	2901074153
КПП	290101001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	163069, ОБЛАСТЬ АРХАНГЕЛЬСКАЯ, ГОРОД АРХАНГЕЛЬСК, НАБЕРЕЖНАЯ СЕВЕРНОЙ ДВИНЫ, ДОМ 84

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

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 17 февраля 2023 года,
(дата)
проверка окончена 14 марта 2023 года
(дата)

Подпись должностного лица Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Архангельской области и Ненецкому автономному округу, проводившего выездную проверку:

Главный специалист-эксперт
Управления организации администрирования
страховых взносов

Морозова
(подпись)

Морозова
Галина Алексеевна
(Ф.И.О.)

14 MAR 2023

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

директор МБУ Центр «Леда»
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

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

Арина
(подпись)

14 марта 2023
(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)