

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

ул. Советская, д.11, г. Ставрополь, Ставропольский край,
355035
телефон (8-8652) 95-56-96, факс (8-8652) 95-56-97,
e-mail: pr_upr@26.sfr.gov.ru, ОГРН 1022601963560,
ИНН/КПП 2600000038/263601001

Приложение № 7
к приказу Фонда пенсионного и
социального страхования Российской
Федерации
от 30 мая 2023 г.
№ 932

Форма

Акт выездной проверки

от 13.03.2026
(дата)

№ 26052680000063

Нами (мною), Гаркаевой Натальей Анатольевной, 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 СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ**

(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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ "БУДЕННОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"
(ГБПОУ СК "БУДЕННОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ")**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1096765761,
код территориального органа Фонда 036,
ИНН 2624014960,
КПП 262401001,
адрес в пределах местонахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес регистрации по
месту жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица,
застрахованного лица 356800, 356800, Россия, край Ставропольский,
р-н Буденновский, г Буденновск, ул
Пушкинская, дом 115

за период с 01.01.2023 по 31.12.2025.
(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 производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24
июля 1998 г. № 125-ФЗ)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат 1212700983161803015704342389942728524
Издан Фондом пенсионного и социального страхования
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, 356800, Россия, край Ставропольский, р-н Буденновский, г Буденновск, ул Пушкинская, дом 115

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 04.03.2026 окончена 06.03.2026
(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:

Руководитель юридического лица
(должность)
Главный бухгалтер
(должность)

ЛЕВЧЕНКО ОКСАНА
ВАСИЛЬЕВНА
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Панкова Оксана Александровна.
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

Штатное расписание, трудовые книжки, приказы по организации, табеля учета рабочего времени, расчетные ведомости, лицевые счета, документы необходимые для назначения и выплаты пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет, единовременного пособия при рождении ребенка.

(указывается перечень проверенных сведений и документов)

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

(указывается перечень непредставленных 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))

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 131270990531616030157043423895942728524
10. Настоящей проверкой выявлено
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ "БУДЕННОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ" (ГБПОУ СК "БУДЕННОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ") на сумму 875 154,09 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 875 154,09 руб.;

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

10.2.1. С 1 января 2022 года вступил в силу Федеральный закон от 30.04.2021 г. N 126-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обязательного социального страхования», который внес изменения в Федеральный закон от 29.12.2006 г. N 255-ФЗ. В частности, изменения внесены в порядок назначения и выплаты страхового обеспечения (ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ), а также установлена ответственность за совершение нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (ст. 15.2 Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ). В соответствии с п. 2.1 ч. 2 ст. 4.1 Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ, страхователи обязаны своевременно представлять в установленном порядке в территориальный орган страховщика сведения, необходимые для назначения и выплаты страхового обеспечения застрахованным лицам.

Согласно ч. 6, ч. 8, ч. 16, ч. 17 ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ, основанием для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности является листок нетрудоспособности, сформированный медицинской организацией и размещенный в информационной системе страховщика в форме электронного документа, подписанный с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником и медицинской организацией. Назначение и выплата страхового обеспечения осуществляются страховщиком на основании сведений и документов, представляемых страхователем, сведений, имеющихся в распоряжении страховщика, а также сведений и документов, запрашиваемых страховщиком у государственных органов, органов местного самоуправления либо подведомственных государственным органам или органам местного самоуправления организаций.

При проверке соблюдения срока предоставления сведений, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения посредством «Социального электронного документооборота», оператором информационной системы страховщика, в связи с закрытием электронного листка нетрудоспособности направлены запросы на проверку в отношении:

- 08.02.2023 10:12:21.246 (номер проактивного процесса 161527792) ЩЕЛОЧКОВОЙ ИРИНЫ ГЕННАДЬЕВНЫ (СНИЛС 12288421959) согласно листку нетрудоспособности № 910162352587. Идентификатор сообщения: (UUID) 4231a851-ab05-4a2a-b705-135338ff0bff. Ответ на входящий запрос поступил 15.02.2023 года, сведения предоставлены на 5 рабочий день.

- 20.04.2023 09:05:09.793 (номер проактивного процесса 176087839) ЦАПЛЕВОЙ ОЛЬГИ ВЛАДИМИРОВНЫ (СНИЛС 08457068292) согласно листку нетрудоспособности № 910175129651. Идентификатор сообщения: (UUID) 650eea0e-b8ee-4e34-b39b-b3927ccf4087. Ответ на входящий запрос поступил 26.04.2023 года, сведения предоставлены на 4 рабочий день.

- 12.05.2023 12:08:34.103 (номер проактивного процесса 176111349) ГРИБКОВОЙ ЛЮДМИЛЫ ПЕТРОВНЫ (СНИЛС 01984909800) согласно листку нетрудоспособности № 910175145540. Идентификатор сообщения: (UUID) 685f8f38-b053-47ab-8764-4ea392fc175b. Ответ на входящий запрос поступил 22.05.2023 года, сведения предоставлены на 6 рабочий день.

- 02.09.2025 23:41:10.678 (номер проактивного процесса 356688098) РЕЗВАНОВОЙ ЭЛЬВИРЫ АЛЕКСЕЕВНЫ (СНИЛС 04158658770) согласно листку нетрудоспособности № 910309472963. Идентификатор сообщения: (UUID) dbbc336-4f46-4f08-9acb-67667901f4c1. Ответ на входящий запрос поступил 09.09.2025 года, сведения предоставлены на 5 рабочий день.

Учитывая изложенное, Страхователем нарушены п. 8 ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 N 255-ФЗ, Страхователи не позднее трех рабочих дней со дня получения данных о закрытом листке нетрудоспособности, сформированном в форме электронного документа, передают в информационную систему страховщика в составе сведений для формирования электронного листка нетрудоспособности сведения, необходимые для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по

беременности и родам, подписанные усиленной квалифицированной электронной подписью медицинского работника, а также по 02.09.2025 г. в связи с получением сведений о пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Владелец ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федерации сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 23.11.2021 N 2010, в связи с чем, имеется основание для привлечения страхователя к ответственности в виде штрафа в размере 5 000,00 рублей.

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 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 0,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
"БУДЕННОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"**

11.4. Привлечь _____

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. 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)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

(указывается состав правонарушения)

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

(указывается состав правонарушения)

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 СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ**

(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

Гаркаева Наталья
Анатольевна

_____ (подпись)

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

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

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (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)

_____ (подпись)

_____ (дата)

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

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте / передать в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи (нужное подчеркнуть).

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 121270090531616030157043423895942728524
Владелец ФОНД ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ