

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

ул. Победы, д.42, г. Майкоп, Республика Адыгея, 385000
телефон 8 (8772) 53-13-04, факс 8 (8772) 53-87-90,
e-mail: sfr01@01.sfr.gov.ru, ОГРН 1020100708825,
ИНН/КПП 0105018326/010501001

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

Форма

Акт выездной проверки

от 27.11.2025
(дата)

№ 01002580001173

Нами (мною), Ток Суандой Рамазановной, ведущим 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 РЕСПУБЛИКЕ АДЫГЕЯ**

(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 РЕСПУБЛИКИ АДЫГЕЯ "АДЫГЕЙСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ
ИМ.Х.АНДРУХАЕВА" (ГБПОУ РА "АПК ИМ. Х.АНДРУХАЕВА")**

(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>1079388334</u>
код территориального органа Фонда	<u>001</u>
ИНН	<u>0105020075</u>
КПП	<u>010501001</u>
адрес в пределах местонахождения организации (обособленного подразделения)/адрес регистрации по месту жительства индивидуального предпринимателя, физического лица, застрахованного лица	<u>385000, 385000, Россия, Респ Адыгея, г Майкоп, ул Советская, дом 168</u>

за период с 01.01.2022 по 31.12.2024
(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).

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда)

2. Выездная проверка начата 07.11.2025 окончена 27.11.2025
(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:

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

(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 29.03.2022 по 30.03.2022
(дата) (дата)
акт выездной проверки от 30.03.2022 № 01002280000263
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой выявлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ АДЫГЕЯ "АДЫГЕЙСКИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМ.Х.АНДРУХАЕВА" (ГБПОУ РА "АПК ИМ. Х.АНДРУХАЕВА") на сумму 3 856 450,87 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 413 932,10 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1 342 080,97 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 915 257,00 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 185 180,80 руб.;

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

10.2.1. В связи с назначением и выплатой застрахованным лицам - 701,68 руб.

1) Пособия по временной нетрудоспособности - 701,68 руб.:

Гучетль Сима Аслановна: номер ЛН № 910177567679, дата выдачи 10.05.2023, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 20.05.2023, страховой стаж 29 лет 8 мес, выплачено пособие за период с 13.05.2023 по 19.05.2023, средний заработок 1 275 826,12 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 1 747,71 руб.

Среднедневной заработок рассчитан не верно в связи с тем, что в расчетном периоде завышен фонд оплаты труда..

Сумма излишне понесенных расходов составила 377,86 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 10 642,97 руб. Сумма НДФЛ 1 591,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 12 233,97 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 10 315,11 руб. Сумма НДФЛ 1 541,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 11 856,11 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 327,86 руб. Сумма НДФЛ 50,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 377,86 руб.

Гучетль Сима Аслановна: номер ЛН № 910157075421, дата выдачи 22.12.2022, выданный застрахованному лицу на период освобождения от работы, дата выхода на работу 31.12.2022, страховой стаж 29 лет 3 мес, выплачено пособие за период с 25.12.2022 по 30.12.2022, средний заработок 1 098 266,16 руб., сумма среднедневного заработка для исчисления пособия 1 504,47 руб.

Среднедневной заработок рассчитан не верно в связи с тем, что в расчетном периоде завышен фонд оплаты труда..

Сумма излишне понесенных расходов составила 323,82 руб.

На основании представленных страхователем сведений:

Сумма пособия 7 853,82 руб. Сумма НДФЛ 1 173,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 9 026,82 руб.

По данным проверки:

Сумма пособия 7 572,00 руб. Сумма НДФЛ 1 131,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 8 703,00 руб.

Излишне понесенные расходы:

Сумма пособия 281,82 руб. Сумма НДФЛ 42,00 руб. Сумма почтовых расходов 0,00 руб.

Всего: 323,82 руб.

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 92,00 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 701,68 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
Январь, 2023	323,82
Май, 2023	377,86

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ АДЫГЕЯ "АДЫГЕЙСКИЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ ИМ.Х.АНДРУХАЕВА"

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 _____ 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 РЕСПУБЛИКЕ АДЫГЕЯ

(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


(подпись)

Ток Суанда Рамазановна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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

✓ Директор
(должность)

✓ _____
(подпись)


Михайловская М. М.
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

✓ Место печати (при
наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество)

✓ Директор Михайловская М. М.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

✓ 
(подпись)

27.11.2025
(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).

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)