

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

с. Агинское
(место составления акта)

“ 27 ” июля 20 15 г.
(дата составления акта)

13.00
(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

**органом государственного контроля (надзора), органом муниципального контроля
юридического лица, индивидуального предпринимателя**

№ 834

По адресу(ам): 663580, Красноярский край, Саянский район, с. Агинское, ул. Советская, 130 А.
(место проведения проверки)

На основании: приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 09.07.2015
№ 834-лиц

(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))

была проведена внеплановая, выездная проверка в отношении юридического лица:

Полное наименование: Муниципальное бюджетное учреждение «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов».

Сокращенное наименование: МБУ ЦСОГПВиИ.

ОГРН 1052440002295.

ИНН 2433003541.

Адрес места нахождения юридического лица: 663580, Красноярский край, Саянский район, с. Агинское, ул. Советская, 130А.

Руководитель: директор Захарова Евгения Владимировна.

Тел.: (39142) 21778

(наименование юридического лица, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
индивидуального предпринимателя)

Имеются лицензии на осуществление медицинской деятельности:

№ ФС-24-01-000954 от 18.06.2010, выданные министерством здравоохранения Красноярского края.

Дата и время проведения проверки:

“ ” 20 г. с час. мин. до час. мин. Продолжительность
“ ” 20 г. с час. мин. до час. мин. Продолжительность

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 2 дня / 3 часа

(рабочих дней/часов)

Акт составлен: министерством здравоохранения Красноярского края

(наименование органа государственного контроля (надзора) или органа муниципального контроля)

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы): (заполняется при проведении выездной проверки)

Директор Захарова Евгения Владимировна

10.07.2015

(фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки:
не требуется

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а)проводившее проверку: Медведев Вячеслав Вальдемарович - специалист-эксперт отдела лицензирования и государственного контроля министерства здравоохранения Красноярского края;

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (последнее – при наличии), должности экспертов и/или наименования экспертных организаций с указанием реквизитов свидетельства об аккредитации и наименование органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

При проведении проверки присутствовали: и. о. директора Астафьева Лариса Анатольевна, медицинская сестра Родионова Вера Михайловна..

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица (должностных лиц) или уполномоченного представителя юридического лица, уполномоченного представителя индивидуального предпринимателя, уполномоченного представителя саморегулируемой организации (в случае проведения проверки члена саморегулируемой организации), присутствовавших при проведении мероприятий по проверке)

В ходе проведения проверки:

выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов):
нет.

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

выявлены несоответствия сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности, обязательным требованиям (с указанием положений (нормативных) правовых актов):

выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний):
нет.

нарушений не выявлено:

1. Наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям:

Медицинская деятельность по выполнению работ и услуг по заявленной номенклатуре работ и услуг осуществляется по адресу, указанному в заявлении.

Представлены документы, подтверждающие законное право пользования помещениями: свидетельство о государственной регистрации права от 27.02.102 № 24 ЕК 491340..
Выполнение санитарных правил и противоэпидемических мероприятий соответствует актам санитарно-эпидемиологического обследования, на основании которого выдано санитарно – эпидемиологическое заключение.

2. Наличие принадлежащих лицензиату на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения осуществляемых работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке:

Фактически имеющийся перечень медицинских изделий, необходимых для осуществления заявляемых видов работ (услуг), соответствует представленный лицензиатом в лицензионное дело сведениям. Оснащение медицинской мебелью, мягким инвентарем, средствами медицинской техники достаточное для обеспечения заявленного перечня работ и услуг. Представлены оригиналы документов, подтверждающих законное использование медицинских инструментов: бухгалтерская документация с актами ввода в эксплуатацию используемого медицинского оборудования, регистрационные удостоверения на все заявленное оборудование.

3. Наличие у руководителя медицинской организации, заместителей руководителя медицинской организации, ответственных за осуществление медицинской деятельности, руководителя структурного подразделения иной организации, ответственного за осуществление медицинской деятельности, - высшего медицинского образования, послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными

требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также дополнительного профессионального образования, сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» и стажа работы по специальности не менее 5 лет:

Ответственный за осуществление лицензируемого вида деятельности – методист Лосева Татьяна Владимировна (приказ о назначении от 01.06.2015 № 136 А Л.С.). Лосева Т.В. окончила в 1980 г. лечебный факультет Красноярского государственного медицинского института, прошла обучение в интернатуре по педиатрии. Первичная подготовка по организации здравоохранения в 1999 г., последнее повышение квалификации по данной специальности в 20011 г. Лосева Т.В. имеет действующий сертификат по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Профессиональная подготовка и стаж работы соответствует требованиям.

4. Наличие у руководителя структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего медицинскую деятельность, - высшего профессионального образования, послевузовского (для специалистов с медицинским образованием) и (или) дополнительного профессионального образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, и сертификата специалиста (для специалистов с медицинским образованием) и стажа работы по специальности не менее 5 лет:

Структурных подразделений нет.

5. Наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием):

Проверено личные дела специалистов по заявленной номенклатуре работ и услуг.

Трудовые отношения оформлены в соответствии с действующим трудовым законодательством. Профессиональная подготовка специалистов соответствует установленным требованиям, обеспечивает выполнение заявленного перечня работ и услуг.

6. Повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет:

Нарушения сроков прохождения повышения квалификации не выявлено.

7. Наличие заключивших с лицензиатом трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо договор с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности:

Используемые при осуществлении разрешенных видов работ (услуг) медицинские изделия техническому обслуживанию не подлежат. Средства измерения с действующими сроками поверки.

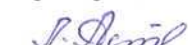
8. Соответствие структуры и штатного расписания лицензиата - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций:

Лицензиат не входит в систему государственного или муниципального здравоохранения.

Вывод: Установлено соответствие лицензиата лицензионным требованиям при осуществлении деятельности по адресу не указанному в лицензии.

Запись в Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля внесена (заполняется при проведении выездной проверки):


(подпись проверяющего)


(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

~~Журнал учета проверок юридического лица, индивидуального предпринимателя, проводимых органами государственного контроля (надзора), органами муниципального контроля, отсутствует (заполняется при проведении выездной проверки):~~

(подпись проверяющего)

(подпись уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

Прилагаемые к акту копии документов:

1. Копия свидетельства о госрегистрации права от 27.02.2012 № 24 ЕК 491340.
2. Трудовой договор от 01.06.2015 № 24-15 А с Лосевой Т.В.
3. Должностные обязанности методиста социально-реабилитационного отделения.
4. Приказ от 07.07.2012 № 176 Л.С. о назначении и.о. директора Астафьевой Л.А.

Подписи лиц, проводивших проверку:

Специалист-эксперт отдела
лицензирования и государственного контроля
министерства здравоохранения Красноярского края
Медведев Вячеслав Вальдемарович



подпись

С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

и.о. директора АБ У ЦСОГПВиИ Л.А. Астафьева

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя)

27 июня 2015 г.

Л.А. Астафьева

(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

(подпись уполномоченного должностного лица (лиц), проводившего проверку)