

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

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

г. Зеленогорск
(место составления акта)

“ 04 ” февраля 20 14 г.
(дата составления акта)

12-00
(время составления акта)

*Узнакомит
Директору МБУ
Зеленогорск
Зарецкий Е.А.
Буш
Поляковой
Татьяны
+ сопровод.
виз. док. м.
в т.ч. 3х
Акт
04.02.14*

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ 32

По адресу/адресам:

- 663692, Красноярский край, г. Зеленогорск, ул. Мира, д.21 А

на основании: приказа министерства здравоохранения Красноярского края от 14.01.2014
№ 32 - лиц, первый заместитель министра здравоохранения Добрецов В.Г.

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

была проведена внеплановая выездная проверка в отношении юридического лица:

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Полное наименование: Муниципальное бюджетное учреждение «Комплексный центр социального обслуживания населения».

Сокращенное наименование: МБУ «Центр соцобслуживания».

Фирменное наименование: -

ОГРН: 1032401310501.

ИНН: 2453009157.

Руководитель – директор Полякова Ульяна Викторовна.

Адрес места нахождения юридического лица: 663692, Красноярский край, г. Зеленогорск, ул. Набережная, д.60.

Почтовый адрес: 663692, Красноярский край, г. Зеленогорск, ул. Набережная, д.60.

Телефон: 8 (39169) 3-27-83

E-mail: kcson@k45.ru

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

Дата и время проведения проверки:

«__» _____ 201__ г. с __ час __ мин до __ час __ мин. Продолжительность __ час __ мин

(заполняется в случае проведения проверок филиалов, представительств, обособленных структурных

подразделений юридического лица или при осуществлении деятельности индивидуального предпринимателя

по нескольким адресам)

Общая продолжительность проверки: 1 день/ 3 часа

(рабочих дней/часов)

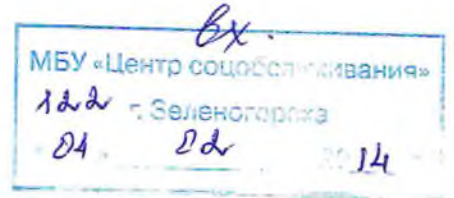
Акт составлен: министерством здравоохранения Красноярского края.

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

С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы): (заполняется при
проведении выездной проверки): Полякова У.В., директор

15.01.2014.

(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 – главный специалист 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: директор Полякова Ульяна Викторовна, заместитель директора Дюганова Валентина Александровна.

(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).

Лицензиатом подано заявление о переоформлении лицензий на осуществление медицинской деятельности от «13» ноября 2008 г. № ФС-24-01-000578, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Заявление зарегистрировано 19.12.2013 за № 0485.

Причины переоформления лицензии:

- выполнение работ, оказание услуг, не указанных в лицензии;
- прекращение выполнения работ, оказания услуг.

А) В заявлении указаны сведения о работах, об услугах, не указанных в лицензии, которые лицензиат намерен выполнять по адресу(ам):

1) 663692, Красноярский край, г. Зеленогорск, ул.Мира, д.21 А:

2. при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) При оказании первичной, в том числе доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

лечебной физкультуре;
медицинскому массажу;
сестринскому делу;
физиотерапии;

4) При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

мануальной терапии;
физиотерапии;

Б) Перечень работ (услуг) выполнение которых лицензиат намерен прекратить:

Адреса мест осуществления медицинской деятельности:

1) 663692, Красноярский край, г. Зеленогорск, ул.Мира, д.21 А:

1) при осуществлении доврачебной медицинской помощи по:

лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии;

2) при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе:

а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по:

терапии; физиотерапии;

в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по:

мануальной терапии;

В соответствии с данными единого реестра лицензий, у лицензиата имеется лицензия на осуществление медицинской деятельности от «13» ноября 2008 г. № ФС-24-01-000578,

выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

В ходе проведения проверки:

I. Выявлены нарушения обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами (с указанием положений (нормативных) правовых актов): -

(с указанием характера нарушений; лиц, допустивших нарушения)

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

III. Выявлены факты невыполнения предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля (с указанием реквизитов выданных предписаний): -

IV. Нарушений не выявлено:

1. В части наличия у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений и (или) помещений, необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и отвечающих установленным требованиям:

Представлены оригиналы:

- договора о закреплении муниципального имущества на праве оперативного управления за муниципальным бюджетным учреждением от 30.12.2011 № 098-ОУ;
- свидетельства о государственной регистрации права от 24.02.2012 24 ЕК № 318000;
- санитарно-эпидемиологического заключения 24.ЗЦ.01.000.М.000017.06.13 от 10.06.2013, выданных региональным отделом № 42 ФМБА России МБУ «Центр соцобслуживания» о соответствии государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам помещений и оборудования, необходимых для выполнения выполняемых видов работ (услуг).

Архитектурно-планировочные решения, размеры площадей кабинетов, их внутренняя отделка, водо-, теплоснабжение, оснащение санитарно-техническими приборами соответствуют установленным требованиям и обеспечивают выполнение заявленных работ и услуг.

2. В части наличия у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения заявленных работ (услуг) и зарегистрированных в установленном порядке:

Представлены оригиналы бухгалтерской документации, подтверждающей наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения видов заявленных работ (услуг).

3. В части наличия 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

Руководитель – директор Полякова Ульяна Викторовна. Сведения о лице, имеющем право действовать без доверенности от имени МБУ «Центр соцобслуживания», сверены с данными ЕГРЮЛ.

Ответственный за осуществление медицинской деятельности – Зюзя Елена Владимировна. Зюзя Е.В. в 1986 г. окончила Красноярский государственный медицинский институт по специальности «лечебное дело», в 1986-1987 г.г. прошел обучение в интернатуре по специальности «терапия». Стаж организатора здравоохранения с 1999 года. Последнее повышение квалификации по циклу «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в 2012 г. Зюзя Е.В. имеет действующий сертификат по специальности «врач социал – гигиенист и организатор здравоохранения». Профессиональная подготовка и стаж соответствуют предъявляемым требованиям.

4. В части наличия 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:

Соответствует установленным требованиям.

5. В части наличия у лицензиата заключивших с ним трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское и (или) дополнительное медицинское или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста:

Проверены личные дела специалистов, заявленных для выполнения перечня работ (услуг). Профессиональная подготовка специалистов соответствует установленным требованиям и обеспечивает выполнение заявленного перечня работ и услуг, соответствует сведениям, представленным в лицензионное дело.


6. В части наличия у лицензиата заключивших с ним трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности:

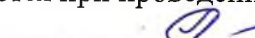
Представлен договор на техническое обслуживание медицинской техники № 06 от 30.12.2013 сроком действия до 31.03.2014, заключённый с ООО «Медтехсервис» (лицензия на осуществление деятельности по техническому обслуживанию медицинской техники № ФС-99-04-003157 от 30.08.2012 г. выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения).

Журнал обслуживания медицинской техники ведется, средства измерения с действующими сроками поверки.

Вывод: установлена возможность соблюдения лицензиатом требований законодательства в сфере лицензирования.

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. Договор о закреплении муниципального имущества на праве оперативного управления за муниципальным бюджетным учреждением от 30.12.2011 № 098-ОУ.
2. Свидетельство о государственной регистрации права от 24.02.2012 24 ЕК № 318000.
3. Санитарно-эпидемиологическое заключение 24.ЗЦ.01.000.М.000017.06.13 от 10.06.2013.
4. Договор на техническое обслуживание медицинской техники № 06 от 30.12.2013.

Подписи лиц, проводивших проверку:

Главный специалист отдела лицензирования
и государственного контроля
министерства здравоохранения Красноярского края
Медведев Вячеслав Вальдемарович



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

директор Стоянова Татьяна Викторовна
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), должность руководителя, иного должностного лица

или уполномоченного представителя юридического лица, индивидуального предпринимателя,

его уполномоченного представителя)

“04” _____ 02 20 14 г.


(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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