

# **МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

Иркутск  
(место составления акта)

14.04.2021 г.  
(дата составления акта)  
15:00  
(время составления акта)

## **АКТ ПРОВЕРКИ № 526**

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

**По адресу места фактического осуществления деятельности:**

665409 Иркутская область, г. Черемхово, пер. Лесопильный, д.7.

**По адресу местонахождения юридического лица:**

665401, Россия, Иркутская область, г. Черемхово, пер. Хрустальный, 2.

(место проведения проверки)

**Юридический адрес:** 665401, Россия, Иркутская область, Черемхово, Хрустальный пер, 2.

**На основании:** распоряжения министерства здравоохранения Иркутской области от 29.03.2021 № 526-мр.

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

**была проведена внеплановая выездная проверка в отношении:**

(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

Областное государственное бюджетное учреждение социального обслуживания "Дом-интернат для престарелых и инвалидов г. Черемхово и Черемховского района"

(ОГБУСО "Дом-интернат для престарелых и инвалидов г. Черемхово и Черемховского района"), ИНН 3820011968, ОГРН 1073820000132.

(наименование юридического лица, фамилия, имя и (в случае, если имеется) отчество индивидуального предпринимателя)

**Дата и время проведения проверки** 07.04.2021 - 13.04.2021 (общая продолжительность 3 часа).

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

**Акт составлен:** Министерством здравоохранения Иркутской области

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

**С копией распоряжения/приказа о проведении проверки ознакомлен(ы):** директор ОГБУСО "Дом-интернат для престарелых и инвалидов г. Черемхово и Черемховского района" Труфанова Е.Ю., 07.04.2021 в 11:30

(заполняется при проведении выездной проверки)

(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)

**Лица, проводившие проверку:** начальник отдела лицензирования Перфильева Н.В.

(фамилия, имя, отчество (в случае, если имеется), должность должностного лица (должностных лиц), проводившего(их) проверку; в случае привлечения к участию в проверке экспертов, экспертных организаций указываются фамилии, имена, отчества (в случае, если имеется), должности экспертов и/или наименование экспертных организаций с указанием

реквизитов свидетельства об аккредитации и наименования органа по аккредитации, выдавшего свидетельство)

**При проведении проверки присутствовали: директор ОГБУСО "Дом-интернат для престарелых и инвалидов г. Черемхово и Черемховского района", Труфанова Е.Ю.**

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

**В ходе проведения проверки:**

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

2. Наличие принадлежащих лицензиату/соискателю лицензии 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: в наличии, соответствуют.

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 профессионального обучения и дополнительного образования, предусмотренного квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения, сертификата специалиста, а также профессионального обучения и сертификата специалиста по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье»: не является предметом проверки.

4. Наличие заключивших с лицензиатом/соискателем лицензии трудовые договоры работников, имеющих среднее, высшее, послевузовское профессиональное обучение и дополнительное медицинское образование или иное необходимое для выполнения заявленных работ (услуг) профессиональное образование и сертификат специалиста (для специалистов с медицинским образованием): в наличии, соответствует.

5. Наличие заключивших с лицензиатом/соискателем лицензии трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) профессиональное обучение, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление соответствующей деятельности: (томограф компьютерный находится на гарантийном обслуживании в соответствии с условиями государственного контракта) в наличии, соответствует.

6. Наличие и организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: в наличии.

**Выводы:** установлено соответствие лицензиата лицензионным требованиям.

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)

Прилагаемые к акту документы (копии): на 79 л. в 1 экз.

Подписи лиц, проводивших проверку:

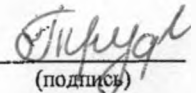


С актом проверки ознакомлен(а), копию акта со всеми приложениями получил(а):

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

14.04.2021

директор Е.Ю. Туруфанова

  
(подпись)

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки:

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