

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

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

г. Красноярск
(место составления акта)

“ 27 ” августа 20 20 г.
(дата составления акта)

17:00

(время составления акта)

АКТ ПРОВЕРКИ

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

№ 678

По адресу/адресам: 660021, г. Красноярск, ул. Горького, 3к.
(место проведения проверки)

На основании: приказа министерства здравоохранения Красноярского
(вид документа с указанием реквизитов (номер, дата))
края № 678-лиц от 24.08.2020 была проведена внеплановая документарная
(плановая/внеплановая, документарная/выездная)

проверка в отношении юридического лица: краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения «Северо-Енисейский» (КГБУ СО «КЦСОН «Северо-Енисейский»).

Дата и время проведения проверки:

“ ” - 20 г. в ч.е мин. до ч.е мин. Продолжительность

“ ” - 20 г. в ч.е мин. до ч.е 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 рабочих дня/2 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):
не требуется.

(заполняется при проведении выездной проверки), (фамилии, инициалы, подпись, дата, время)

Дата и номер решения прокурора (его заместителя) о согласовании проведения проверки: решение не выносилось.

(заполняется в случае необходимости согласования проверки с органами прокуратуры)

Лицо(а), проводившее проверку: Костюк Ольга Вадимовна –начальник
отдела лицензирования 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: не требуется.

(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):~~ _____

(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):~~ _____

нарушений не выявлено:

В соответствии с требованиями статьи 18 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», пунктом 7 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291, представлены следующие документы и сведения:

1. Заявление о переоформлении лицензии, зарегистрированное 20.08.2020, регистрационный номер 0239, поданное в связи изменением наименования юридического лица, оформлено в соответствии с установленными требованиями, содержит сведения: полное и сокращенное наименование, организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц, с указанием адреса места нахождения органа, осуществившего государственную регистрацию, идентификационный номер налогоплательщика, данные документа о постановке на учет в налоговом органе, данные документа, подтверждающего уплату государственной пошлины за переоформление лицензии, номера телефона и адрес электронной почты юридического лица.

Полное наименование: Краевое государственное бюджетное учреждение социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения «Северо-Енисейский».

Сокращенное наименование: КГБУ СО «КЦСОН «Северо-Енисейский».

ОГРН 1052454018693

ИНН 2434001515

Место нахождения юридического лица: 663293, Красноярский край, северо-Енисейский район, п. Тея, ул. Строителей, д. 1Б.

Руководитель – директор Гайнуллова Валентина Михайловна.

Тел. 8(391960)23023, e-mail: sozdom@bk.ru

Имеется лицензия на осуществление медицинской деятельности:

- от 04.06.2014 № ЛО-24-01-002389, выданная министерством здравоохранения Красноярского края, со сроком действия: бессрочно.

Основание для переоформления лицензии:

- изменением наименования юридического лица.

Проверка полноты и достоверности сведений, предоставленных соискателем лицензии проведена путем сопоставления с единым государственным реестром юридических лиц. Установлено соответствие данных, указанных в заявлении информации, содержащейся в едином государственном реестре юридических лиц. Статус юридического лица – действующее.

2. Сведения, подтверждающие уплату государственной пошлины за переоформление лицензии.

Представлены сведения об уплате государственной пошлины за переоформление лицензии на сумму 750 руб. по реквизитам платежного поручения от 25.03.2020 № 337472 указанного в заявлении.

Согласно автоматизированной системы Федерального казначейства денежные средства поступили на счет министерства здравоохранения Красноярского края в УФК по Красноярскому краю.

3. Оригинал лицензии:

- от 04.06.2014 № ЛО-24-01-002389, выданная министерством здравоохранения Красноярского края, со сроком действия: бессрочно.

Данные, содержащиеся в предоставленной лицензии соответствуют данным, содержащимся в едином реестре лицензий на право осуществления медицинской деятельности. Согласно реестра АИС Росздравнадзора, лицензия имеет статус действующей.

Документы предоставлены в полном объеме, соответствуют требованиям действующего законодательства.

~~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, отменяется (заполняется при проведении выездной проверки):~~

(подпись проверяющего)

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

Прилагаемые к акту документы:

1. Выписка из ЕГРЮЛ;
2. Выписки из единого реестра лицензий Росздравнадзора.

Подпись лица, проводившего проверку:

Костюк Ольга Вадимовна –
начальник отдела лицензирования
министерства здравоохранения Красноярского края

Костюк

подпись

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

директор Тайнушова Валентина Михайловна

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

Тайнушова

(подпись)

“ 27 ” августа 20 20 г.

Пометка об отказе ознакомления с актом проверки: _____

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