

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่

แบบสอบถามระบบการควบคุมภายใน

ด้าน การจ่ายเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ในช่วงนอกเวลาราชการ และที่ปฏิบัติงานนอกหน่วยบริการ หรือต่างหน่วยบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ (ฉบับที่ ๕)

ลำดับ	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/ สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์	
๑.	คำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นปัจจุบัน			
๒.	ตารางปฏิบัติงานที่ได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ			
๓.	ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ประกอบด้วย			
	๓.๑ บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ			
	๓.๒ หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ รายละเอียดประกอบด้วย			
	๑) รายชื่อผู้เบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้ปฏิบัติงาน			
	๒) ระยะเวลาที่เบิกค่าตอบแทนต้องไม่เกินจากที่ได้รับอนุมัติ หากเบิกค่าตอบแทนมากกว่าต้องได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ			
	๓) การเบิกค่าตอบแทนเป็นไปตามอัตรา ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนด			
	๔) ผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการลงลายมือชื่อผู้รับเงิน ครบถ้วน			
	๓.๓ หลักฐานใบลงเวลาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และ ผู้ควบคุมการปฏิบัติงานลงลายมือชื่อรับรองการปฏิบัติงาน			
	๓.๔ กรณีที่มีรายชื่อผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถปฏิบัติงานตามวัน เวลา ตามคำสั่งได้ ให้มีใบแลกเปลี่ยนเวร และต้องได้รับอนุมัติ ตามลำดับชั้น			
	๓.๕ กรณีเบิกค่าตอบแทนตามคุณภาพและปริมาณงาน ให้มีการ รายงานการทำผลการตามอัตรา ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข ที่กำหนด และผู้ควบคุมการปฏิบัติงานลงลายมือชื่อรับรองการ ปฏิบัติงาน			
๔.	การจ่ายเงินค่าตอบแทนนอกเหนือจากอัตราที่กำหนด			
	๔.๑ กรณีจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นไม่เกินหนึ่งเท่า ให้มีประกาศ กำหนดอัตราจากคณะกรรมการจังหวัดโดยนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด			

