

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่

แบบสอบถามระบบการควบคุมภายใน

ด้าน การเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการ P&P

ลำดับ	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/ สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์	
๑.	คำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นปัจจุบัน			
๒.	คำสั่งคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานระดับ รพ. หรือ จังหวัด หรือ เขต			
๓.	คำสั่งคณะกรรมการทำหน้าที่ตรวจสอบค่าจ้างตามหลักเกณฑ์การ จ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน			
๔.	การกำหนดวิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนของ หน่วยบริการ			
๕.	การกำหนดวงเงินการจ่ายค่าตอบแทน (ตามตารางปรับเกลี่ยค่าตอบแทน)			
๖.	ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ประกอบด้วย			
	๖.๑ บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ			
	๖.๒ รายชื่อผู้เบิกค่าตอบแทน			
	๖.๓ รายมือชื่อผู้ควบคุม กำกับ ของหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย			
	๖.๔ หลักฐานการจ่ายเงินต้องกรอกข้อมูลรายละเอียด ครบถ้วน ถูกต้อง และเสนอผู้มีอำนาจอนุมัติ			
	๖.๕ หลักฐานการจ่ายเงิน ประทับตรา "จ่ายเงินแล้ว" พร้อมลง ลายมือชื่อและวันที่จ่าย			

สรุปผลการสอบถาม

ลงชื่อ

ผู้สอบทาน