

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่าย ระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบสอบถามระบบการควบคุมภายใน

ด้าน **เจ้าหน้าที่**

| ลำดับ | รายการ | ผลการประเมิน | | หมายเหตุ |
|-------|--|--------------------|-----------------------------|----------|
| | | มี/ใช่/ สมบูรณ์ | ไม่มี/ไม่ใช่/ไม่ สมบูรณ์ | |
| ๑. | คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การค้า หรือมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน | | | |
| ๒. | การรับรู้เจ้าหน้าที่เมื่อตรวจรับพัสดุตามระเบียบกำหนดแล้ว | | | |
| ๓. | เอกสารประกอบการบันทึกบัญชีเจ้าหน้าที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามกระบวนการจัดซื้อจัดจ้าง ประกอบด้วย ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง ใบส่งสินค้า และใบตรวจรับ | | | |
| ๔. | ไม่มีใบเสร็จรับเงินในเอกสารก่อนการจ่ายชำระหนี้ | | | |
| ๕. | แผนบริหารจัดการเจ้าหน้าที่การค้าที่ได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ | | | |
| ๖. | จัดทำทะเบียนคุมเจ้าหน้าที่รายตัวเป็นปัจจุบัน | | | |
| ๗. | การตรวจสอบบัญชีคุมเจ้าหน้าที่รายตัว เปรียบเทียบกับเอกสารชุดจัดซื้อจัดจ้าง มียอดถูกต้องเป็นปัจจุบัน | | | |
| ๘. | เจ้าหน้าที่ค้างชำระ ระยะเวลาเกิน ๙๐ วัน ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไข ระยะเวลาการชำระหนี้ให้ชัดเจน | | | |
| ๙. | จัดทำรายงานเจ้าหน้าที่การค้าเสนอผู้บริหารทราบ | | | |

สรุปผลการสอบถาม

ลงชื่อ

ผู้สอบทาน