ชื่อหน่วยงาน... **หน่วยรับตรวจ...**

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข **วันที่...**

แบบสอบทานระบบการควบคุมภายใน

ด้าน การจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๕)

ลำดับที่	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ไม่สมบูรณ์	
๑	คำสั่งมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเป็นปัจจุบัน			
๒	สอบทานตารางการปฏิบัติราชการประจำเดือน			
๓	สอบทานเอกสารขออนุมัติเดินทางไปราชการ/อบรมประจำเดือน เพื่อป้องกันการเบิกซ้ำซ้อน			
๔	ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ประกอบด้วย ๔.๑ บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ			
	๔.๒ รายชื่อผู้เบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการอนุมัติให้ปฏิบัติงาน			
	๔.๓ ระยะเวลาที่เบิกค่าตอบแทนต้องไม่เกินจากที่ได้รับอนุมัติ หากเบิกค่าตอบแทนมากกว่าต้องได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ			
	๔.๔ การเบิกค่าตอบแทนเป็นไปตามอัตรา ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนด			
	๔.๕ มีหลักฐานใบลงเวลาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และ มีลายมือชื่อผู้ควบคุมการปฏิบัติงานรับรองการปฏิบัติงาน			
	๔.๖ กรณีที่ผู้มีรายชื่อผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถปฏิบัติงานตามวัน เวลา ตามคำสั่งได้ ให้มีใบแลกเวร และต้องได้รับอนุมัติตามลำดับชั้น			
	๔.๗ หลักฐานการจ่ายเงินประทับตรา “จ่ายเงินแล้ว” พร้อม ลงลายมือชื่อ และวันที่จ่าย			

สรุปผลการสอบทาน

____

____

ลงชื่อ ______________________

(ผู้สอบทาน)

กลุ่มตรวจสอบภายใน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข