

คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับเขต ระดับจังหวัด

ชื่อหน่วยงาน.....

หน่วยรับตรวจ.....

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

แบบสอบถามระบบการควบคุมภายใน  
ด้าน การติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณ /เงินนอกงบประมาณ

ลำดับที่	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/ สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์	
๑	คำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบการจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปีเป็นลายลักษณ์อักษร			
๒	แผนปฏิบัติงานประจำปีที่ได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจ (ตามระยะเวลาที่กำหนด)			
๓	จัดทำแผนการใช้จ่ายเงินงบประมาณประจำปี ภายใต้วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร			
๔	ระบบกำกับติดตามประเมินผลแผนปฏิบัติงานประจำปี เป็นลายลักษณ์อักษร			
๕	ทะเบียนคุมเงินงบประมาณประจำงวดส่วนจังหวัด			
๖	รายงานการใช้จ่ายเงินงบประมาณประจำเดือน ต่อผู้บริหาร			
๗	สอบทานทะเบียนคุมเงินงบประมาณประจำงวดส่วนจังหวัด กับรายงานสถานการณ์ใช้จ่ายเงินงบประมาณจากระบบ GFMS ถูกต้อง ตรงกัน			
๘	รายการแผนงาน/โครงการ สอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ ผลผลิต ตัวชี้วัดของเงินที่ได้รับจัดสรร			
๙	ปฏิบัติตามมติคณะรัฐมนตรีตามมาตราการเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณประจำปี เปรียบเทียบกับการเบิกจ่ายเงินงบประมาณจริงของหน่วยงาน			
๑๐	ติดตามผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณปีปัจจุบัน เป็นไปตามนโยบายคณะรัฐมนตรี ดังนี้ ๑) ไตรมาส ที่ ๑ (ภาพรวม .....% งบลงทุน .....%) ๒) ไตรมาส ที่ ๒ (ภาพรวม .....% งบลงทุน .....%)			

## คณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับเขต ระดับจังหวัด

ลำดับที่	รายการ	ผลการประเมิน		หมายเหตุ
		มี/ใช่/ สมบูรณ์	ไม่มี/ไม่ใช่/ ไม่สมบูรณ์	
	๓) ไตรมาส ที่ ๓ (ภาพรวม .....% งบลงทุน .....%)			
	๔) ไตรมาส ที่ ๔ (ภาพรวม .....% งบลงทุน .....%)			
๑๑	กรณีโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณ/การกันเงินเหลือในปี ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่สำนักงานงบประมาณกำหนด			
๑๒	กรณีมีเงินเหลือจ่ายในปีงบประมาณ โอนเปลี่ยนแปลง เป็นค่าสาธารณูปโภคลำดับแรก ขออนุมัติโอนเปลี่ยนแปลง งบประมาณโดยผู้มีอำนาจ (มติ ครม. วันที่ ๖ มิ.ย. ๖๐ และ หนังสือที่ นร ๐๕๐๕/ว ๒๗๕ ลว. ๗ มิ.ย. ๖๐)			

สรุปผลการสอบทาน

---



---



---



---



---

ลงชื่อ

(ผู้สอบทาน)