

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.008	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 1 din 21	
		Exemplar nr.1	

IMSP INSTITUTUL MAMEI și COPILULUI



PROCEDURA GENERALĂ

ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA

SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL

COD IMC.PG.008

Notă: Acest document conține informații care sunt proprietatea IMSP Institutul Mamei și Copilului din Chișinău și este destinat utilizării exclusive pentru propriile cerințe. Utilizarea integrală sau parțială a acestei proceduri în orice scop sau activitate sau reproducerea parțială sau integrală în orice publicație și prin orice procedeu (electronic, mecanic, fotocopiere, microfilmare etc.) este interzisă fără acordul scris al Directorului IMSP Institutul Mamei și Copilului

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL		IMC.PG.006	
			Ediția 1	Revizia 0
			Pagina 2 din 21	
			Exemplar nr.1	



Componenta 1. Lista responsabililor cu elaborarea, verificarea, avizarea, coordonarea și aprobarea ediției

ELABORAT	VERIFICAT	AVIZAT	COORDONAT	APROBAT	EDIȚIA	REVIZIA
Grupul de lucru OISCIM	SMCAM	Șeful compartimentului respectiv	Consiliul Calității (CC)	Director IMSP Institutul Mamei și Copilului, Sergiu Gladun	1	0
Președinte, Mihai Rotaru, șef DMESM	Șef SMCAM, L.Zănoagă	Șef Serviciu audit intern, C.Copăceanu	Președintele CC, Mihai Rotaru, șef DMESM			
						
04.11.2019	07.11.2019	12.11.2019	14.11.2019	25.11.2019		

Componenta 2. Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor

Nr. crt.	Ediția, sau, după caz, revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei ediției
2.1.	Ediția 1. Procedura completă	-	-	25.11.2019
2.2.	Revizia 0.	-	-	-

Componenta 3. Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția

Nr. crt.	Scopul difuzării	Exemplar nr.:	Compartiment	Funcția	Numele și prenumele	Data primirii	Semnătura
3.1.	Arhivare	1	Consiliul Calității	Președinte	M.Rotaru	25.11.2019	
			SMCAM	Secretar	L.Zănoagă	25.11.2019	
3.2.	Evidență	2	Serviciul documentare, relații cu publicul și protocol (Registru corespondență)	Șef Serviciu	N.Lesnic	25.11.2019	
3.3.	Aplicare	3	Toate compartimentele/subdiviziunile	Șef compartiment/subdiviziune	*		*
3.4.	Informare	4	Toate compartimentele/subdiviziunile	Colaboratorii/angajații	*		*

Notă: * În cazul unui număr mai mare a persoanelor responsabile de aplicare a procedurii și/sau a celor care urmează a fi informate - se vor anexa listele celor vizați cu indicarea numelui și prenumelui, datei primirii ediției și semnăturii. Procedura se difuzează pe baza listei de difuzare și în format electronic.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.005	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 3 din 21	
		Exemplar nr.1	

Componenta 4. Scopul procedurii

4.1. Prezenta procedură stabilește modul de realizare a activității, compartimentele și persoanele implicate.

4.2. Procedura stabilește un set de reguli unitar în cadrul IMSP IMșiC în scopul implementării SCIM, privit ca un **sistem** organizat de managerul entității publice și personalul acesteia în scopul asigurării bunei guvernări, care cuprinde totalitatea politicilor, procedurilor, regulilor interne, proceselor și activităților realizate în cadrul entității publice, pentru a gestiona riscurile și a oferi o asigurare rezonabilă privind atingerea obiectivelor și rezultatelor planificate.

4.3. Procedura asigurări privind atingerea obiectivelor IMSP IMC prin:

- a) economicitatea, eficacitatea și eficiența operațiunilor;
- b) conformitatea cu cadrul normativ și cu reglementările interne;
- c) siguranța și optimizarea activelor și pasivelor;
- d) fiabilitatea și integritatea informației financiare și operaționale.

4.4. Procedura asigură continuitatea activității, inclusiv în condiții de fluctuație a personalului.

4.5. Procedura sprijină auditul și/sau alte organisme abilitate în acțiuni de auditare și/sau control, iar pe manager, în luarea deciziei.

Componenta 5. Domeniul de aplicare a procedurii

5.1. Precizarea (definirea) activității la care se referă procedura operațională:

Prezenta procedură se referă la activitatea de implementare a SCIM prin constituirea unui Grup de lucru pentru organizarea și implementarea sistemului control intern managerial și parcurgerea etapelor specifice procesului de implementare.

5.2. Delimitarea explicită a activității procedurate în cadrul portofoliului de activități desfășurate de instituție:

Activitatea de elaborare a documentelor SCIM este prima activitate procedurată în cadrul instituției.

5.3. Listarea principalelor activități de care depinde și/sau care depind de activitatea procedurată.

De activitatea de elaborare a documentelor SCIM depind toate celelalte activități din cadrul instituției, datorită faptului că această activitate reglementează modalitatea de elaborare a tuturor documentelor SCIM.

5.4. Listarea compartimentelor furnizoare de date și/sau beneficiare de rezultate ale activității procedurate:

- 5.4.1. Compartimente furnizoare de date: Toate structurile.
- 5.4.2. Compartimente furnizoare de rezultate: Toate structurile.
- 5.4.3. Compartimente implicate în procesul activității: SCIM.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.006	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 4 din 21	
		Exemplar nr.1	

Componenta 6. Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate

6.1. Reglementări internaționale:

- Standarde de control intern ale Comisiei Europene, ediția 2007.

6.2. Legislație primară:

- Legea privind controlul financiar public intern, nr.229-XIV din 23.09.2010, cu modificările și completările ulterioare.
- Legea ocrotirii sănătății, nr.411-XIII din 28.03.1995, cu modificările și completările ulterioare.
- Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27.02.1998, cu modificările și completările ulterioare.
- Legea privind evaluarea și acreditarea în sănătate, nr.552-XV din 18.10.2001, cu modificările și completările ulterioare.
- Hotărârea Guvernului nr.124 din 02.02.2018 cu privire la aprobarea Programului de dezvoltare a controlului financiar public intern pentru anii 2018-2020 și a Planului de acțiuni pentru implementarea acestuia.
- Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, cu modificările și completările ulterioare.

6.3. Legislație secundară:

- Ordinul MF nr.189 din 05.11.2015 „Cu privire la aprobarea Standardelor naționale de control intern în sectorul public”.
- Ordinul MF nr.4 din 09.01.2019 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind autoevaluarea, raportarea sistemului de control intern managerial și emiterea Declarației de răspundere managerială”.
- Ordinul MS nr.426 din 06.06.2017 „Cu privire la aprobarea Procedurii operaționale-cadru privind elaborarea procedurilor”.
- Ordinul IMSP IMșiC nr.01-19/200 din 27.10.2016 „Cu privire la implementarea procedurilor”.
- Manual de Management financiar și control, Ediția 2015.

6.4. Reglementări interne ale instituției:

- Regulamentul de organizare și funcționare a IMSP Institutul Mamei și Copilului, aprobat prin ordinul MSMPS nr.340 din 18.03.2019.
- Organigrama IMSP IMșiC.
- Ordine/Dispoziții ale conducătorului instituției.
- Circuitul documentelor.
- Alte acte normative.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL		IMC.PG.006	
			Ediția 1	Revizia 0
			Pagina 5 din 21	
			Exemplar nr.1	

Componenta 7. Definiții și abrevieri

Componenta 7.1. Definiții

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau, dacă este cazul, actul care definește termenul
1.	Activitate procedurabilă	Totalitatea atribuțiilor de o anumită natură care determină procese de muncă cu un grad de complexitate și omogenitate ridicat, pentru care se pot stabili reguli și modalități de lucru, general valabile, în vederea îndeplinirii, în condiții de regularitate, eficacitate, economicitate și eficiență, a obiectivelor compartimentului/entității publice.
2.	Compartimentul	Direcție generală/direcție/serviciu/birou/compartiment cu coordonator, prevăzute în organigrama entității.
3.	Control intern managerial	Sistem organizat de managerul entității publice și personalul acesteia în scopul asigurării bunei guvernări, care cuprinde totalitatea politicilor, procedurilor, regulilor interne, proceselor și activităților realizate în cadrul entității publice pentru a gestiona riscurile și a oferi o asigurare rezonabilă privind atingerea obiectivelor și rezultatelor planificate.
4.	Coordonarea	Armonizarea deciziilor și a acțiunilor componentelor structural ale organizației, pentru a asigura realizarea obiectivelor acesteia.
5.	Document	Act prin care se adevărește, se constată sau se preconizează un fapt, se conferă un drept, se recunoaște o obligație, respectiv text scris sau tipărit, inscripție sau altă măturie servind la cunoașterea unui fapt real actual sau din trecut.
6.	Entitate publică	Autoritate a administrației publice centrale sau locale, instituție publică sau autoritate/instituție autonomă, care gestionează mijloace ale bugetului public național.
7.	Măsurile de control	Stabilirea unor acțiuni în vederea monitorizării și verificării permanente sau periodice a unei activități, a unei situații ș.a., pentru a evidenția progresele și pentru a asigura îmbunătățirea activității.
8.	Monitorizare	Activitatea continuă de colectare a informațiilor relevante despre modul de desfășurare a procesului sau a activității.
9.	Monitorizarea performanțelor	Supravegherea, urmărirea, de către conducerea entității publice, prin intermediul unor indicatori relevanți, a performanțelor activităților aflate în coordonare.
10.	Procedură	Prezentarea formalizată, în scris, a tuturor pașilor ce trebuie urmați, a metodelor de lucru stabilite și a regulilor de aplicat în vederea realizării activității, cu privire la aspectul procesual.
11.	Procedură documentată	Modul specific de realizare a unei activități sau a unui proces, editat pe suport de hârtie sau în format electronic; procedurile documentate pot fi proceduri de sistem și proceduri operaționale.
12.	Procedură operațională	Procedură care descrie un proces sau o activitate care se desfășoară la nivelul unuia sau mai multor compartimente dintr-o entitate, fără aplicabilitate la nivelul întregii entități publice.
13.	Procedură de sistem	Procedura care descrie o activitate sau un proces care se desfășoară la nivelul tuturor compartimentelor din cadrul entității publice.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL		IMC.PG.006	
			Ediția 1	Revizia 0
			Pagina 6 din 21	
			Exemplar nr.1	

14.	Responsabilitate managerială	Definește un raport juridic de obligație a îndeplinirii sarcinilor de către managerul entității publice sau al unei structuri organizatorice a acesteia, care presupune să exercite managementul în limitele unor determinări interne și externe, în scopul realizării eficace, eficiente și în conformitate cu dispozițiile legale a obiectivelor stabilite, să comunice și să răspundă pentru neîndeplinirea obligațiilor manageriale în conformitate cu răspunderea juridică. Răspunderea managerială derivă din responsabilitatea managerului pentru toate cele cinci componente ale controlului intern managerial în sectorul public: mediul de control; performanțe și managementul riscului; activități de control; informarea și comunicarea; evaluare și audit.
-----	------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Componenta 7.2. Abrevieri

Abrevierea	Termenul abreviat
CM	Comisia de monitorizare
DMESM	Departament monitorizare și evaluare servicii medicale
EGR	Echipa de gestionare a riscurilor
IMșiC	Institutul Mamei și Copilului
IMSP	Instituție Medico-Sanitară Publică
ISO	Organizația Internațională pentru Standardizare
MF	Ministerul Finanțelor
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
OISCIM	Organizarea și implementarea sistemului control intern managerial
PG	Procedură generală
PO	Procedură operațională
RP	Responsabil de proces
SCIM	Sistemul de control intern managerial
SMC	Sistemul de management al calității
SMCAM	Serviciul managementul calității și audit medical

Componenta 8. Descrierea procedurii (activității)

8.1. Generalități

La nivelul IMSP IMșiC, responsabilii de implementarea SCIM, creează și dezvoltă instrumente de control intern care permit deținerea unui bun control asupra funcționării instituției în ansamblul ei, precum și a operațiunii / activității în parte.

Prin instrument de control intern managerial se înțelege orice măsură, procedeu, mijloc sau acțiune, stabilite și implementate de către conducerea instituției, respectiv: obiectivele, mijloacele, sistemul informațional, organizarea, procedurile, controlul.

În scopul implementării sistemului de control intern managerial, se constituie un Grup de lucru pentru organizarea și implementarea SCIM prin decizie a directorului instituției. La constituirea Grupului de lucru participă vicedirectorii, șefii de subdiviziuni

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.006	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 7 din 21	
		Exemplar nr.1	

a unităților funcționale ale IMSP IMșiC și specialiști recunoscuți din cadrul acestora.

8.2. Documente utilizate:

8.2.1. Lista și proveniența documentelor:

Documentele utilizate la elaborarea procedurii sunt enumerate în componenta 6.

8.2.2. Conținutul și rolul documentelor:

Documentele utilizate în elaborarea prezentei proceduri au rolul de a reglementa modalitatea de implementare a activității procedurate.

Accesul, pentru fiecare Compartiment a procedurii, se face prin programul informatic la care au acces salariații IMSP IMșiC.

8.2.3. Circuitul documentelor:

Pentru asigurarea condițiilor necesare cunoașterii și aplicării de către salariații IMSP IMșiC a prevederilor legale care reglementează activitatea procedurată, elaboratorul va difuza procedura conform pct.3.

8.3. Efectuarea activității

8.3.1. Planificarea operațiunilor și acțiunilor activității:

Operațiunile și acțiunile privind activitatea procedurată se vor derula de către compartimentele implicate, conform instrucțiunilor din prezenta procedură.

8.3.2. Derularea operațiunilor și acțiunilor activității:

Procesul de implementare SCIM presupune următoarele etape:

I. Stabilirea misiunii, obiectivelor strategice și operaționale ale IMSP IMșiC, având la bază cerințele următoarelor standarde:

- SNCI 1. Etica și integritatea;
- SNCI 2. Funcții, atribuții și sarcini;
- SNCI 3. Angajamentul față de competență;
- SNCI 4. Abordarea și stilul de operare al conducerii;
- SNCI 5. Structura organizațională;
- SNCI 6. Împuterniciri delegate.

IMSP IMșiC trebuie să declare misiunea, care stabilește, în termeni generali, obiectivul pe care entitatea are ca scop major să-l atingă. În baza acesteia, directorul stabilește obiectivele strategice, obiectivele operaționale și definește un plan de acțiuni. În timp ce misiunea și obiectivele strategice ale IMSP IMșiC sunt, în general, stabile, obiectivele operaționale și planul de acțiuni aferent sunt mult mai dinamice în timp și trebuie să fie ajustate la condițiile interne și externe în continuă schimbare.

Este prioritar ca planul de acțiuni să derive din obiectivele strategice și operaționale, și să conțină indicatori de performanță și riscuri asociate obiectivelor/acțiunilor.

Obiectivele strategice sunt, de regulă, obiective pe termen mediu și lung (3-5 ani) și se referă la ansamblul activităților IMSP IMșiC sau la componentele majore ale acesteia și care se formulează pornind de la misiunea entității. Obiectivele strategice urmăresc

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.006	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 8 din 21	
		Exemplar nr.1	

atingerea scopurilor de bază ale IMSP IMșiC și derivă din politicile guvernamentale din domeniu.

Obiectivele operaționale se stabilesc pe termen scurt (pînă la 1 an) și reprezintă obiectivele aferente activității operaționale a IMSP IMșiC, contribuind de regulă, direct sau indirect la atingerea obiectivelor strategice ale acesteia.

Obiectivele individuale sunt obiectivele stabilite pentru fiecare angajat, de comun cu superiorul acestuia, pentru realizarea obiectivelor trasate subdiviziunii din care face parte.

Directorul IMSP IMșiC este responsabil de stabilirea obiectivelor, iar asigurarea realizării acțiunilor necesare în vederea atingerii acestora revine atât managerului, cât și angajaților. Directorul IMSP IMșiC stabilește aranjamente corespunzătoare pentru monitorizarea și raportarea cu privire la realizarea planurilor IMSP IMșiC.

II. Implementarea managementului riscurilor, cu respectarea următoarelor standarde:

SNCI 7. Stabilirea obiectivelor;

SNCI 8. Planificarea, monitorizarea și raportarea privind performanțele;

SNCI 9. Managementul riscurilor.

Membrii Grupului de lucru pentru organizarea și implementarea SCIM identifică, evaluează, înregistrează, monitorizează și raportează sistematic riscurile ce pot afecta atingerea obiectivelor planificate și elaborează măsuri de diminuare a probabilității și/sau impactului riscurilor. Fiecare subdiviziune din cadrul IMSP IMșiC elaborează Registrul riscurilor, care ulterior urmează a fi consolidat în Registrul riscurilor IMSP IMșiC.

În registrul riscurilor se includ în mod obligatoriu riscurile de corupție, iar mecanismele de prevenire și înlăturare a riscului din planul de integritate, în cazul existenței acestuia, se includ sub forma activităților de control. IMSP IMșiC elaborează, după caz, Registre ale riscurilor separate aferente proiectelor strategice / investiționale.

Directorul IMSP IMșiC elaborează un mecanism adecvat de management al riscurilor în cadrul entității, care poate include: desemnarea unui sau mai multor angajați, responsabili de identificarea, înregistrarea, evaluarea, controlul, monitorizarea și raportarea riscurilor; instituirea unui Comitet pentru riscuri (grup de lucru), responsabil de identificarea, înregistrarea, evaluarea, controlul, monitorizarea și raportarea riscurilor.

Întrucît circumstanțele externe și interne sunt în continuă schimbare, procesul de management al riscurilor trebuie să fie unul continuu și repetat, astfel, managementul riscurilor fiind un pilon de bază al sistemului CIM, care trebuie să evolueze și să abordeze riscurile în continuă schimbare.

III. Evaluarea activităților de control, cu respectarea următoarelor standarde:

SNCI 10. Tipurile activităților de control;

SNCI 12. Divizarea obligațiilor și responsabilităților.

Activitățile de control reprezintă politicile și procedurile care contribuie la asigurarea faptului că riscurile sunt gestionate în mod corespunzător și oportun, și obiectivele IMSP IMșiC sunt atinse. Activitățile de control sunt de tip ex-ante, curente și ex-post, și dispun de funcții de prevenire, depistare și corectare.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.006	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 9 din 21	
		Exemplar nr.1	

IV. Identificarea tuturor proceselor și documentarea proceselor de bază, se are în vedere următoarele standarde:

SNCI 11. Documentarea proceselor;

SNCI 12. Divizarea obligațiilor și responsabilităților.

Cartografierea proceselor de bază presupune ca managerii operaționali să identifice și să elaboreze descrieri narative sau grafice ale proceselor de care sunt responsabili în scopul desfășurării eficiente și eficace a activității, precum și gestionării optime a riscurilor.

Cerințe minime pentru această etapă:

- a) identificarea proceselor de bază la nivelul IMSP IMșiC;
- b) elaborarea descrierilor narative și/sau grafice a proceselor;
- c) comunicarea descrierilor proceselor părților interesate;
- d) analiza și revizuirea descrierilor proceselor de bază.

V. Instituirea unui sistem de informație, comunicare și documentare internă cu respectarea standardelor, respectiv:

- ▶ SNCI 13 - Informația;
- ▶ SNCI 14 - Comunicarea;
- ▶ SNCI 15 - Monitorizarea continuă;
- ▶ SNCI 16 - Evaluarea separată.

Stabilirea unui sistem de informare și comunicare (raportare internă) este vitală pentru dezvoltarea CIM în cadrul IMSP IMșiC. Sistemul de raportare internă este necesar pentru monitorizarea progreselor atinse și este parte a procesului de evaluare a CIM.

Procesul de documentare trebuie să fie organizat pentru domenii ca managementul riscurilor, revizuirea activităților de control, identificarea și documentarea proceselor, evaluarea și monitorizarea sistemului CIM.

Conducerea instituției, prin Serviciul documentare, relații cu publicul și protocol organizează primirea/expedierea, înregistrarea corespondenței (Registru corespondență), astfel încât sistemul să fie accesibil managerului, angajaților și terților interesați și implementează măsurile de securitate pentru protejarea documentelor împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului etc.

În funcție de tipul de purtător și de mijlocul de realizare utilizat cu privire la corespondență, operațiunile de intrare, ieșire, înregistrare și stocare trebuie să fie adaptate corespunzător, pe baza unor planuri elaborate în acest sens, astfel încât pentru fiecare caz, să poată fi reflectate cerințele majore privind: asigurarea primirii/expedierii/corespondenței; stocarea (arhivarea) corespondenței; accesul la corespondența realizată.

VI. Inventarierea patrimoniului, finanțelor și tehnologiilor informaționale, cu respectarea prevederilor actelor legislative și normative.

Directorul IMSP IMșiC este responsabil de organizarea și ținerea la zi a contabilității și de prezentarea la termen a situațiilor financiare asupra situației patrimoniului aflat în administrarea sa și a execuției bugetare, în vederea asigurării exactității tuturor informațiilor contabile aflate în controlul său.

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.006	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 10 din 21	
		Exemplar nr.1	

Directorul IMSP IMșiC este responsabil de organizarea și ținerea la zi a contabilității și de prezentarea la termen a situațiilor financiare asupra situației patrimoniului aflat în administrarea sa și a execuției bugetare, în vederea asigurării exactității tuturor informațiilor contabile aflate în controlul său.

8.3.3. Valorificarea rezultatelor activității: Rezultatele activității vor fi valorificate de către toate compartimentele din instituție prin implementarea tuturor SNCI în conformitate cu prevederile prezentei proceduri și legislația în vigoare. Directorul instituției va solicita o informare periodică asupra implementării procedurii.

8.4. Resurse necesare:

8.4.1. Resurse materiale: documente legislative și normative, chestionare de control, echipamente de birotică, rechizite, consumabile, linii telefonice, materiale informatice, calculatoare personale, acces la baza de date, imprimante, Internet, dosare.

8.4.2. Resurse umane:

- Director IMSP IMșiC.
- Președinte și membrii Grupului de lucru pentru organizarea și implementarea SCIM.
- Șefi de subdiviziuni.
- Persoane implicate prin sarcinile de serviciu în elaborarea, verificarea și aprobarea procedurii.

8.4.3. Resurse financiare:

- Conform bugetului IMSP IMșiC pentru anul în curs.

Componenta 9. Atribuții și responsabilități în derularea activității

Echipa de proces:

9.1. Directorul IMSP IMșiC:

- Dispune măsurile necesare pentru elaborarea și implementarea sistemului de control managerial, inclusiv a Registrului riscurilor și a procedurilor operaționale.

- Constituie, prin ordin, Grupul de lucru pentru organizarea și implementarea SCIM și stabilește președintele și secretarul acestuia. Ordinul cuprinde și componența, și modul de organizare în funcție de volumul și complexitatea activităților.

* Nota* - Conducerea instituției analizează, aprobă și transmite MSMPS, pînă la data de 15 februarie, în format electronic și pe suport de hîrtie, Raportul anual privind controlul intern managerial pe baza modelului din Anexa nr.3.

- Aprobă procedura.
- Impune aplicarea procedurii.
- Asigură resurse pentru aplicarea procedurii.

9.2. Membrii Grupului de lucru pentru organizarea și implementarea SCIM:

- elaborează și actualizează Planul de acțiuni privind implementarea sistemului de CIM, cu stabilirea termenelor, responsabililor și obiectivelor;
- analizează sistemul curent de CIM al IMSP IMșiC;

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.006	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 11 din 21	
		Exemplar nr.1	

- revizuieste mediul de control, managementul performanțelor și al riscurilor, activitățile de control, informarea și comunicarea, monitorizarea și evaluarea, precum și patrimoniul, tranzacțiile și tehnologiile informaționale ale IMSP IMșiC;

- anual pînă la 31 ianuarie, auto-evaluează sistemul de CIM, conform formularului aprobat de MF;

- elaborează Raportul anual privind controlul intern managerial, pînă la 15 februarie al fiecărui an;

- acumulează, generalizează și prezintă raportul privind progresul înregistrat, conducerii IMSP IMșiC în ultima lună a semestrului de gestiune sau în termen de 15 zile de la finisarea acestuia;

- beneficiază de consiliere din partea serviciului audit intern al IMSP IMC;

- participă la activități de dezvoltare profesională internă și externă în domeniul sistemului CIM;

- asigură documentarea și arhivarea activității grupului de lucru conform cerințelor legislative.

9.3. Președintele Grupului de lucru pentru organizarea și implementarea SCIM:

- Coordonează procesul de implementare a SCIM prin parcurgerea etapelor prevăzute în prezenta procedură.

9.4. SMCAM și Consiliul Calității:

- Elaborează (după caz)/revizuieste/retrage procedura.

- Coordonează aplicarea procedurii.

- Gestionează elaborarea procedurilor și instrucțiunilor de lucru.

- Gestionează Manualul procedurilor.

9.5. Consiliul Calității - coordonează procedurile.

9.6. Vicedirectorii, șefii de compartimente/subdiviziuni:

- Aplică și respectă procedura.

- Difuzează procedura în cadrul compartimentului/subdiviziunii.

- Organizează grupuri de lucru pentru discutarea și aplicarea procedurii.

Componenta 10. Înregistrări

10.1. Manualul procedurilor

Componenta 11. Anexe

11.1. Analiza arborelui problemei (Anexa 1).

11.2. Analiza arborelui obiectivelor (Anexa 2).

11.3. Raportul anual privind controlul intern managerial (Anexa 3).

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.006	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 12 din 21	
		Exemplar nr.1	

Componenta 12. Cuprins

Numărul componentei în cadrul procedurii	Denumirea componentei din cadrul procedurii	Pag.
	Pagina de gardă (coperta)	1
1	Lista responsabililor de elaborarea, verificarea, avizarea, coordonarea și aprobarea ediției/reviziei	2
2	Situația edițiilor și a reviziilor în cadrul edițiilor	2
3	Lista cuprinzând persoanele la care se difuzează ediția	2
4	Scopul procedurii	3
5	Domeniul de aplicare a procedurii	3
6	Documente de referință (reglementări) aplicabile activității procedurate	4
7	Definiții și abrevieri	5-6
8	Descrierea procedurii (activității)	6-10
9	Atribuții și responsabilități în derularea activității	10-11
10	Înregistrări	11
11	Anexe (anexa 1 – pag.13; anexa 2 – pag.14, anexa 3 – pag.15-21)	11
12	Cuprins	12

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.006	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 13 din 21	
		Exemplar nr.1	

Anexa nr.1

Analiza arborelui problemei

Analiza arborelui problemei reprezintă un instrument bun de analiză a situației existente prin identificarea problemelor majore și a principalelor relații de cauzalitate. Principalul rezultat al acestei analize este o reprezentare grafică a problemelor, cu o diferențiere între „cauze” și „efecte”. Arborele problemei este construit printr-o serie de sesiuni de brainstorming, cu participarea diferiților factori implicați. Metoda vizează, în principal, identificarea cauzelor problemei centrale.

În contextul elaborării unui plan strategic de dezvoltare a instituției, acest instrument permite:

- analiza unei situații existente;
- identificarea problemelor-cheie;
- vizualizarea problemelor în forma unei diagrame/arbore (relație cauză-efect).

„Arborele problemei” este un instrument util în activitatea de identificare și documentare a problemei, dar și pentru cea de definire a scopului, obiectivelor, rezultatelor așteptate. Această metodă are la bază ideea că orice problemă este cauzată de existența și acțiunea a o serie de factori și că, la rândul ei, reprezintă o cauză pentru alte probleme.

Metoda presupune o serie de pași, în următoarea ordine:

1. Enunțarea unor (cât mai multor) probleme existente la un moment dat în instituție.
2. Identificarea legăturilor de cauzalitate între problemele identificate și dispunerea problemelor în ordinea dată de aceste legături.
3. Alegerea problemei care, din punctul de vedere al instituției, este abordabilă (rezolvabilă) și care, odată rezolvată, poate determina o serie de rezultate importante pentru grupul de beneficiari.
4. Considerarea problemelor care contribuie la existența problemei alese ca fiind cauze și a celor care derivă din problema respectivă ca fiind efectele acesteia și stabilirea obiectivelor pornind de la cauze și a rezultatelor așteptate pornind de la efecte.

Lucrurile care trebuie să fie luate în considerație în timpul elaborării arborelui problemei:

1. Abordare cât mai aproape de realitate. Au fost luate în considerație tendințele economice și tehnologice ale problemei?
2. Care cauze și consecințe se îmbunătățesc, care se înrăutățesc și care rămân la fel?
3. Care sunt cele mai serioase consecințe în funcție de impactul acestora? Care sunt cele mai importante și cele mai îngrijorătoare?
4. Ce criterii sunt importante la elaborarea soluțiilor problemei?
5. Care cauze sunt mai ușor de soluționate? Care ar putea fi soluțiile sau opțiunile posibile? Ce schimbări ar trebui să se facă în domeniu pentru soluționarea cauzei consecințelor sau identificarea unor soluții?
6. Asupra căror acțiuni s-a convenit?

IMSP IMșiC Consiliul Calității Serviciul management al calității și audit medical (SMCAM)	PROCEDURA GENERALĂ ORGANIZAREA ȘI IMPLEMENTAREA SISTEMULUI DE CONTROL INTERN MANAGERIAL	IMC.PG.006	
		Ediția 1	Revizia 0
		Pagina 14 din 21	
		Exemplar nr.1	

Anexa nr.2

Analiza arborelui obiectivelor

(model)

Arborele obiectivelor (soluțiilor). Prin această activitate, în baza arborelui problemelor, se identifică cele mai potrivite soluții pentru problema identificată. După determinarea problemelor urmează identificarea soluțiilor. Pentru aceasta se utilizează un arbore decizional, cu o structură identică cu cea a arborelui problemelor, numit arborele obiectivelor sau arborele soluțiilor.

În timp ce analiza problemelor scoate în evidență aspecte negative ale unei situații existente, analiza obiectivelor prezintă aspectele pozitive ale viitoarei situații dorite. Aceasta implică reformularea problemelor în obiective. Prin urmare, arborele obiectivelor poate fi conceptualizat ca o imagine în oglindă a arborelui problemelor.

Transformarea relațiilor **cauză-efect** din arborele problemelor în relații de tipul **mijloace-finalități** este un exercițiu complex și necesită o abordare atentă.

Pentru construcția arborelui obiectivelor se copie structura arborelui problemelor rezultate în urma analizei, fără conținutul chenarelor/căsuțelor. Aspectele negative din arborele problemelor se pozitivează (se transformă în aspecte dorite, pozitive).

Un exemplu, întocmit în baza unei probleme – *vezi schema de mai jos*.

Prin această transformare, se obține o structură cu aceeași logică cauzală, de jos în sus: mijloacele sunt necesare pentru obținerea rezultatelor, care împreună servesc la atingerea scopului dorit. Scopul poate fi divizat în obiective. Obiectivele, odată realizate, vor avea un efect asupra mediului economic și social al colectivului.

Este foarte important să se găsească obiective corespunzătoare fiecăreia dintre problemele principale identificate în timpul exercițiului la arborele problemei. Aceste obiective trebuie să descrie cu claritate într-o singură propoziție o stare în care respectiva problema principală nu mai este prezentă, sau cel puțin în care este considerabil redusă.

La fel de importantă este găsirea unui context comun pentru definirea unui scop unificator al strategiei, spre realizarea căruia se îndreaptă toate eforturile și care va deveni unitatea de măsură a succesului atunci, când se ajunge la evaluarea acesteia.

*Conducerea instituției analizează, aprobă și transmite în termenele stabilite Raportul privind organizarea și funcționarea sistemului de control intern managerial pe baza modelului din Anexa nr.3.

APROBAT

(numele, prenumele managerului entității publice)

" " 20

RAPORTUL ANUAL PRIVIND CONTROLUL INTERN MANAGERIAL

(în entitatea publică care nu are în subordine alte entități)

I. INFORMAȚII GENERALE

N/o		Răspuns			Detalii / dovezi
		Da	Parțial	Nu	
1.	Denumirea entității publice				
2.	Bugetul total (mii lei):				
	a) aprobat;				
	b) precizat;				
	c) executat;				
3.	Numărul subdiviziunilor structurale autonome				
4.	Numărul angajaților:				
	a) conform statutului de personal, la data de 31 decembrie;				
	b) posturi vacante, la data de 31 decembrie;				
	c) persoane angajate pe parcursul anului;				
	d) demisionați / concediați pe parcursul anului.				
5.	Realizarea planului anual de acțiuni:				
	a) numărul acțiunilor planificate;				
	b) numărul acțiunilor realizate;				
	c) numărul acțiunilor nerealizate.				
6.	Realizarea planului anual de achiziții publice:				
	a) valoarea achizițiilor planificate (mii lei);				
	b) valoarea achizițiilor realizate (mii lei);				
	c) valoarea achizițiilor nerealizate (mii lei).				
7.	Numărul proceselor de bază:				
	a) identificate, la data de 31 decembrie;				
	b) descrise, la data de 31 decembrie.				
8.	Instruirile (cursurile de perfecționare / seminarele / specializările) specifice în domeniul CIM:				
	a) interne (om-ore);				
	b) externe (om-ore);				
	c) tematica;				
	d) organizatorul instruirii;				
	e) necesitățile de instruire (tematica).				
9.	Coordonator (nume, prenume, funcție, telefon, email)				

II. MEDIUL DE CONTROL**SNCI 1. Etica și integritatea**

1.	Standardele de comportament etic sunt comunicate tuturor angajaților entității publice. Există confirmări prin semnătură că au fost aduse la cunoștința angajaților?				
2.	Există cazuri de nerespectare a standardelor de comportament etic? Dacă da, indicați măsurile întreprinse.				
3.	Reglementările privind prevenirea fraudei și corupției sunt comunicate tuturor angajaților entității publice. Există confirmări prin semnătură că au fost aduse la cunoștința angajaților?				
4.	Există cazuri de nerespectare a reglementărilor privind prevenirea fraudei și corupției? Dacă da, indicați măsurile întreprinse.				
Opinia auditului intern					

SNCI 2. Funcții, atribuții și sarcini				
5.	Regulamentul de organizare și funcționare al entității publice este disponibil pentru a fi accesat de către toți angajații?			
6.	Numărul subdiviziunilor structurale autonome care dispun de un regulament propriu de organizare și funcționare			
7.	Sarcinile, rolurile și responsabilitățile fiecărui angajat din entitate sunt formalizate și comunicate în formă scrisă? Există confirmări prin semnătură că acestea au fost aduse la cunoștința fiecărui angajat?			
8.	Există o analiză efectuată a volumului de muncă, inclusiv a sarcinilor de lucru efective?			
Opinia auditului intern				
SNCI 3. Angajamentul față de competență				
9.	Sunt analizate și stabilite cunoștințele și aptitudinile necesare a fi deținute în vederea îndeplinirii sarcinilor /atribuțiilor asociate fiecărui post?			
10.	Entitate publică aplică un program de instruire inițială pentru noii angajați?			
11.	Programul anual de instruire profesională continuă este elaborat în rezultatul evaluării necesităților de instruire a angajaților?			
12.	Angajații beneficiază de instruire relevantă responsabilităților care le-au fost desemnate?			
13.	Bugetul entității publice include resursele necesare pentru implementarea programului de pregătire profesională continuă? Dacă da, indicați: a) cuantumul mijloacelor aprobate pentru pregătire profesională continuă (mii lei) b) cuantumul mijloacelor executate pentru pregătire profesională continuă (mii lei)			
14.	Este performanța individuală evaluată periodic în raport cu obiectivele individuale stabilite?			
Opinia auditului intern				
SNCI 4. Abordarea și stilul de operare al conducerii				
15.	Managerii de nivel superior promovează și contribuie la dezvoltarea sistemului de control intern managerial?			
16.	Responsabilitățile de control intern managerial ale managerilor operaționali sunt clar definite în fișele postului?			
Opinia auditului intern				
SNCI 5. Structura organizațională				
17.	Structura organizațională asigură o atribuire clară a autorității și responsabilității la toate nivelurile organizaționale?			
18.	Entitatea publică a definit clar competențele, drepturile, responsabilitățile, sarcinile, obiectivele și liniile de raportare ale fiecărei subdiviziuni structurale în corespundere cu structura sa organizațională?			
19.	Structura organizațională asigură segregarea funcțiilor?			
Opinia auditului intern				
SNCI 6. Împuterniciri delegate				
20.	Sunt stabilite și comunicate în formă scrisă limitele competențelor care se delegă?			
21.	Managerii de toate nivelurile din cadrul entității publice asigură delegarea împuternicirilor doar angajaților care dispun de competența necesară?			
22.	Este efectuată o evaluare (internă/externă) a modului de delegare a împuternicirilor?			

Opinia auditului intern					
III. MANAGEMENTUL PERFORMANTELOR ȘI AL RISCURILOR					
SNCI 7. Stabilirea obiectivelor					
23.	Entitatea publică și-a stabilit obiective strategice în conformitate cu misiunea entității?				
24.	Obiectivele operaționale ale entității sunt coerente cu obiectivele strategice ale acesteia și documentele relevante de politici?				
25.	Entitatea publică și-a stabilit obiective operaționale specifice, măsurabile, abordabile, relevante și definite în timp?				
26.	Entitatea publică a stabilit obiective individuale pentru fiecare angajat?				
	Dacă Da, sunt acestea corelate cu obiectivele operaționale?				
Opinia auditului intern					
SNCI 8. Planificarea, monitorizarea și raportarea privind performanțele					
27.	Entitatea publică dispune de planuri de acțiuni strategice?				
28.	Entitatea publică dispune de planuri de acțiuni anuale?				
29.	Fiecare subdiviziune structurală autonomă dispune de un plan de acțiuni?				
30.	Planurile de acțiuni includ:				
	a) obiective?				
	b) indicatori de performanță măsurabili?				
	c) riscuri asociate obiectivelor?				
31.	Planurile de acțiuni ale entității publice sunt accesibile părților interesate (interne / externe)?				
32.	Resursele alocate sunt repartizate astfel, încât să asigure activitățile necesare realizării obiectivelor specifice fiecărei subdiviziuni structurale?				
33.	În cazul modificării obiectivelor, sunt stabilite măsurile necesare pentru încadrarea în resursele alocate?				
34.	Realizarea planurilor de acțiuni se evaluează, monitorizează și raportează:				
	a) trimestrial				
	b) semestrial				
	c) anual				
Opinia auditului intern					
SNCI 9. Managementul riscurilor					
35.	Sunt identificate și evaluate principalele riscuri asociate obiectivelor?				
36.	Sunt stabilite activități de control pentru riscurile evaluate?				
37.	Entitatea publică consideră riscurile de fraudă și corupție în procesul de management al riscurilor?				
38.	Entitatea publică consideră riscurile aferente tehnologiilor informaționale în procesul de management al riscurilor?				
39.	Entitatea publică ține un registru consolidat al riscurilor?				
40.	Fiecare subdiviziune structurală autonomă ține un registru al riscurilor?				
41.	Este asigurată actualizarea registrului riscurilor la nivel de entitate publică?				
	Dacă Da, care este frecvența actualizării acestuia?				
42.	Există la nivelul entității publice o strategie / procedură proprie privind managementul riscurilor?				
Opinia auditului intern					
IV. ACTIVITĂȚI DE CONTROL					
SNCI 10. Tipurile activităților de control					
43.	Entitatea publică dispune de politici și proceduri proprii pentru fiecare dintre următoarele procese/domenii:				
	a) evidență contabilă;				
	b) achiziții publice;				

	c) administrare patrimoniu;				
	d) tehnologii informaționale;				
	e) protecția datelor cu caracter personal;				
	f) procesele de bază/operaționale specifice activității entității.				
44.	Entitatea publică dispune de activități de control al accesului (fizic sau electronic) la resurse, valori materiale, mijloace financiare, programe, baze de date, etc.?				
45.	Entitatea publică dispune de mecanisme de raportare a excepțiilor /erorilor către superiori?				
Opinia auditului intern					
SNCI 11. Documentarea proceselor					
46.	Entitatea publică a identificat și dispune de o listă a tuturor proceselor de bază?				
47.	Fiecare subdiviziune structurală autonomă și-a descris narativ și / sau grafic procesele de bază?				
48.	Entitatea publică a revizuit procesele sale de bază? Dacă Da, care au fost motivele:				
	a) reorganizarea entității publice				
	b) schimbarea managementului				
	c) altele (indicați motivul)				
Opinia auditului intern					
SNCI 12. Divizarea obligațiilor și responsabilităților					
49.	Funcțiile de inițiere, verificare, avizare și aprobare a tranzacțiilor sunt funcții separate și exercitate de persoane diferite?				
50.	Persoanele care ocupă posturi sensibile sunt periodic evaluate sau verificate?				
51.	Se solicită persoanelor, care ocupă posturi sensibile, să semneze acorduri de confidențialitate/răspundere materială?				
Opinia auditului intern					
V. INFORMAȚIA ȘI COMUNICAREA					
SNCI 13. Informația					
52.	Entitatea publică a stabilit cantitatea, calitatea și periodicitatea, precum și sursele și destinatarii informațiilor?				
53.	Entitatea publică produce și transmite informații corecte, clare, utile și complete?				
54.	Colectarea, prelucrarea, centralizarea, transmiterea și stocarea informațiilor se realizează în sistem informațional pentru domeniile:				
	a) economico-financiar;				
	b) operaționale.				
55.	Normele legale în vigoare cu privire la primirea, expedierea, înregistrarea, repartizarea și arhivarea corespondenței sunt cunoscute și aplicate în practică de către toți angajații?				
Opinia auditului intern					
SNCI 14. Comunicarea					
56.	Structura organizațională asigură funcționarea circuitelor și fluxurilor informaționale necesare supravegherii și realizării activităților?				
57.	În entitatea publică există sisteme eficiente și eficace de comunicare internă și externă, ce asigură o circulație rapidă, completă și în termen a informațiilor?				
58.	Entitatea publică dispune de un sistem informațional pentru circulația documentelor / corespondenței?				
59.	Managerii entității publice comunică angajaților sarcinile și responsabilitățile aferente sistemului de control intern managerial?				

60.	Există mijloace de comunicare și proceduri stabilite pentru raportarea neregulilor, suspiciunilor de fraudă sau actelor de corupție suspectate? Dacă Da, enumerați-le.				
Opinia auditului intern					
VI. MONITORIZAREA					
SNCI 15. Monitorizarea continuă					
61.	Entitatea publică întreprinde acțiuni de dezvoltare a CIM? Dacă Da, enumerați.				
62.	Entitatea publică a desemnat o subdiviziune responsabilă de coordonarea activităților de dezvoltare a CIM?				
63.	Reclamațiile din partea cetățenilor sunt utilizate ca mijloace pentru a identifica și corecta deficiențele de control intern managerial?				
64.	Au fost supuse, în ultimii trei ani, auditului intern / auditului extern / controlului financiar extern procesele din următoarele domenii: a) financiar - contabil; b) achiziții publice; c) administrare a activelor; d) tehnologii informaționale.				
65.	Aspectele CIM abordate de auditorii externi / auditorii interni sunt soluționate corespunzător?				
66.	Indicați numărul recomandărilor: a) auditorilor externi: - oferite; - implementate; b) auditorilor interni: - oferite; - implementate.				
Opinia auditului intern					
VII. PATRIMONIU, FINANȚE ȘI TEHNOLOGII INFORMAȚIONALE					
Planificarea și executarea bugetului					
67.	Cerințele aferente procesului bugetar sunt respectate?				
68.	Au fost luate toate măsurile necesare pentru colectarea veniturilor?				
69.	Mijloacele financiare au fost cheltuite în limita alocațiilor și conform destinației aprobate?				
70.	Planurile de activitate a entității publice includ costurile financiare ale acțiunilor propuse?				
71.	Entitatea publică evaluează, monitorizează și raportează performanța financiară (în baza indicatorilor bugetului anual)?				
Opinia auditului intern					
Evidența contabilă și patrimoniu					
72.	Entitatea publică a aprobat politicile contabile?				
73.	Toate tranzacțiile sunt înregistrate în evidența contabilă pe măsura efectuării acestora?				
74.	Există activități de control, care să asigure că doar plățile legale sunt acceptate?				
75.	Datele financiar-contabile, cuprinse în registrele contabile, sunt verificate și reconciliate periodic? Dacă Da, indicați periodicitatea.				
76.	Se efectuează inventarierea anuală a conturilor de activ și pasiv cu înregistrarea în evidența contabilă a rezultatelor?				
77.	Rapoartele financiare au fost elaborate și prezentate în termen?				
78.	Rapoartele financiare conțin informații complete despre venituri, cheltuieli, active financiare, imobilizări corporale, datorii, garanții, obligațiuni pe termen lung?				
79.	Evidența mijloacelor fixe este asigurată prin ținerea fișelor de evidență a acestora? Dacă Da, sunt respectate instrucțiunile de completare a acestora?				

80.	Este estimată corect valoarea fiecărui mijloc fix?				
81.	Transmiterea / casarea / vânzarea / darea în locațiune a mijloacelor fixe este documentată și efectuată cu acordul organului ierarhic superior?				
Opinia auditului intern					
Achiziții publice și executarea contractelor					
82.	Entitatea publică dispune de un plan anual de achiziții publice, aprobat de managerul entității publice?				
83.	Înainte de încheierea contractului, entitatea publică evaluează capacitatea furnizorului de a-și îndeplini angajamentul, inclusiv prin oferirea unei garanții de bună execuție de către furnizor?				
84.	Entitatea publică respectă reglementările pentru atribuirea contractelor de achiziții publice, inclusiv procesul de evaluare a ofertelor din punct de vedere tehnic al achiziției?				
85.	În procesul de achiziții, au fost respectate termenele limită pentru fiecare etapă?				
86.	Entitatea publică păstrează documentația aferentă fiecărei achiziții, inclusiv deciziile cu privire la rezultatele selectării ofertei/ofertelor câștigătoare?				
87.	Contractul încheiat corespunde prevederilor ofertei câștigătoare?				
88.	Entitatea publică a solicitat garanția de bună execuție pentru contractele a căror valoare este mai mare decât cuantumul stabilite de legislație?				
89.	Contractele sunt executate în termen și în limita valorii acestora ?				
90.	În momentul recepționării bunurilor / serviciilor / lucrărilor, înainte de acceptarea facturii / procesului-verbal de recepție, se verifică fizic respectarea condițiilor contractuale cu privire la descriere, cantitate, standard, preț?				
91.	Sunt verificate datele cu privire la preț, cantitate, calitate, cheltuieli de transport, termen de plată din facturile / procesele-verbale de recepție ale furnizorilor cu datele din contractul de achiziție?				
92.	Entitatea publică dispune de creanțe și datorii cu termenul de prescripție expirat? Dacă Da, indicați cuantumul creanțelor cu termenul de prescripție expirat (mii lei), precum și măsurile întreprinse.				
93.	Sunt instituite proceduri de monitorizare a creanțelor și datoriilor? Dacă Da, enumerați-le.				
Opinia auditului intern					
Salarizarea					
94.	Există o divizare între funcțiile de înregistrare a timpului de muncă și funcțiile de calcul a salariului?				
95.	Salariile de bază sunt aprobate de către managerul entității publice și/sau stabilite prin contract de muncă?				
96.	Sporurile, premiile și alte drepturi salariale sunt aprobate de către managerul entității publice?				
97.	Entitatea publică dispune de datorii privind retribuirea muncii? Dacă Da, descrieți cauza și indicați: a) cuantumul acestora (mii lei) b) perioada formării				
Opinia auditului intern					
Tehnologii informaționale					
98.	În cadrul entității publice există o divizare a sarcinilor între programatori și utilizatori de programe/aplicații?				
99.	Personalului, responsabil de tehnologii informaționale, îi este interzis să inițiez tranzacții și să efectueze schimbări în fișierele de referință?				
100.	Sunt cerute parole unice și confidențiale pentru accesarea sistemelor de tehnologii informaționale, programelor/aplicațiilor?				
101.	Sunt parolele schimbate la intervale regulate de timp, precum și sunt anulate pentru angajații care nu mai activează în cadrul entității				

	publice?				
102.	Angajații au acces numai la acele programe/aplicații, care sunt necesare în vederea îndeplinirii sarcinilor?				
103.	Se efectuează periodic copii de rezervă ale fișierelor de date în locații, diferite de cele originale?				
104.	Sunt evaluate periodic activitățile de control din cadrul programelor / aplicațiilor? Dacă Da, indicați periodicitatea.				
	Opinia auditului intern				

Notă:*Un post este considerat ca fiind sensibil dacă, de regulă, prezintă riscuri semnificative de delapidare / fraudă / corupție. De asemenea, se consideră a fi posturi sensibile posturile care au atribuții de control, efectuează activitatea în relație directă cu beneficiarul (cetățeni sau agenți economici).

Nume, prenume/ Funcția/ Semnătura