T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

RAPOR DÖKÜM FORMU

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KONYA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Doküman Kodu:	Yayın Tarihi:	Revizyon No:	Revizyon Tarihi:	Sayfa **1** / **1**
… .İÇK.FR.15	01/01/2020	00	…/…/…..	

RAPORUN ADI	HAZIRLAYAN BİRİM	HAZIRLANMA SIKLIĞI (ay, hafta, gün/kaç kez)	RAPORUN GÖNDERİLDİĞİ BİRİM/ MAKAM/ KURUM
İş Akış Süreci Tablolarının Hazırlanması	Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı	3'er aylık dönemler.	Destek Hizmetleri Başkanlığı- İç Kontrol Birimi
Süreli İşler Takvimlerinin Oluşturulması	Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı	3'er aylık dönemler.	Destek Hizmetleri Başkanlığı- İç Kontrol Birimi
Sorumluluk Matrislerinin Hazırlanması	Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı	3'er aylık dönemler.	Destek Hizmetleri Başkanlığı- İç Kontrol Birimi
Faaliyet Raporlarının Hazırlanması	Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı	İdare tarafından istenildiğinde.	Destek Hizmetleri Başkanlığı- İç Kontrol Birimi
İç Kontrol Eylem Planı Sonuç Raporunun Hazırlanması	Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı	Yılda iki kez.	Destek Hizmetleri Başkanlığı- İç Kontrol Birimi
Hassas Görev Tespit Formunun Hazırlanması	Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı	Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığınca İstenildiğinde.	Destek Hizmetleri Başkanlığı- İç Kontrol Birimi

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN*
Güneş Hamdi Bağcı Eczacı	Özlem Salcı Birim Sorumlusu	Uz. Dr. Tarık Acar Başkan

* Asgari Daire Başkanı/Başkan tarafından onaylanmalıdır.