****

**AUTO-EVALUATION**

Ce questionnaire permet à IntraHealth de déterminer le degré de conformité de la municipalité aux exigences du bailleur. Merci de fournir toutes les informations requises.

|  |
| --- |
| **Partie I: Information de Partenaire** |
| Nom légal du partenaire: |  |
| Adresse postale du partenaire: |  |
| Numéro téléphone:  |  |
| Nom du contact technique: |  |
| Nom du contact financier: |  |
| Type d’organisation: | □ Entité gouvernementale□ Entité non-gouvernementale□ Organisation internationale□ Fondation □X Autres |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partie II: Pré-Subvention** | **Oui** | **Non** | **N/A** |
| 1. Est-ce que vous avez déjà travaillé avec le gouvernement américain (USG), la Fondation Bill & Melinda Gates, Global Fund, ou autre bailleur international ?
2. Si oui, veuillez lister les trois (3) derniers subventions/contrats, en notant si vous étiez le récipiendaire primaire ou sous-récipiendaire, le nom du bailleur, et la période de performance.
 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partie III : Politiques et systèmes internes** | **Oui** | **Non** | **N/A** |
| 1. Est-ce que votre organisation a une politique de ressources humaines et opérationnelle dans les domaines suivants ? Si oui, veuillez –vous assurer qu’une copie de chaque politique sera disponible sur demande.
 |  |  |  |
|  a) Politique de rémunération et d’avantages sociaux |  |  |  |
|  b) Politique des heures de travail/fiche de présence |  |  |  |
|  c) Politique de congé |  |  |  |
|  d) Politique de voyage |  |  |  |
|  e) Politique des consultants |  |  |  |
|  f) Politique d’achats et d’acquisition de biens et services |  |  |  |
|  g) Politique de conflit d’intérêt |  |  |  |
|  h) Politique éthique ou code de conduite |  |  |  |
|  i) Politique de gestion des inventaires |  |  |  |
| **Le contrôle et système de comptabilité Oui Non N/A** |
| 1.Est-ce que votre organisation emploie un système comptable? |  |  |  |
|  a) Quel type de système utilisez-vous? |  |
|  b) Est-ce que le système surveille la source des fonds? |  |  |  |
|  c) Est-ce que le système assure le suivi des dépenses en fonction des budgets approuvés ? |  |  |  |
|  d) Est-ce que le système emploie un système de bon de paiement? |  |  |  |
| 2. Est-ce que votre organisation exige des pièces justificatives (par exemple les factures originales) avant paiement ?Si non, Commentaire : |  |  |  |
| 3. Est-ce que les responsabilités financières sont distinctes sur une transaction financière ? |  |  |  |
| 4. Est-ce que vos employés complètent les fiches de présence au travail avec les éléments suivants :* La charge horaire ou (Quantum horaire) par jour pour le projet
* La signature de l’employé
* La signature du superviseur
 |  |  |  |
| 5. De quelles politiques et manuels de procédures écrites dispose votre organisation. Veuillez fournir une copie des documents en application. a) Autorisation/ approbation des transactions financières b) Plan comptable c) Enregistrement des transactions d) Maintien des archives (10 ANS) |  |  |  |
| **Audits Oui Non N/A**  |
| 1.Est-ce que l’organisation est auditée annuellement ?Si oui, veuillez joindre une copie des états financiers audités des trois dernières années.Si non, est-ce que l’organisation a été auditée une fois ?C’est un contrôle interne (commissaire au compte désigné pour se prononcer sur les comptes)L’UVICOCI prépare un bilan financier approuvé par l’Assemblée Générale (Tous les maires de Côte d’Ivoire) |  |  |  |
| 1. Si un audit des états financiers n’est pas disponible, veuillez fournir une copie des états financiers suivants, si disponible :
2. Un bilan comptable de cette année (N) et l’année précédente (N-1)
3. Un compte de résultat de cette année (N) et l’année précédente (N-1)
4. Un état de flux de trésorerie de cette année (N) et l’année précédente (N-1)
 |  |  |  |
| 3. Y-a-t-il des circonstances qui empêcheraient votre organisation à obtenir un audit ? Si oui, merci d’expliquer.**Commentaires :** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Part IV: certification** |
| J’atteste que toutes les informations données dans cette évaluation pré-subvention sont exactes et complètes. Je reconnais que les informations fausses, non divulguées, incomplètes ou trompeuses dans le présent document peuvent constituer des motifs de disqualification en tant que fournisseur / sous-bénéficiaire à IntraHealth International, Inc. Je comprends que ce document constitue une évaluation préalable et ne constitue pas une offre ou un accord. Des négociations entre IntraHealth et une partie intéressée ne constitue pas un accord avec cette partie. IntraHealth n'aura aucune obligation à l'égard d'une partie intéressée, sauf si elle a conclu un accord écrit sur des conditions satisfaisantes pour IntraHealth.Signature\*:Nom\*: Titre\*: Date\*:  |