**ANNEXE 1: IMPLEMENTING PARTNERS SPOT CHECK FORM**

**FORMULAIRE DE CONTROLE ET DE VERIFICATIONS DES COMPTES DES PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section A: AVANT de SPOTCHECKS- Information de Base** | | | | | | | | | | | |
| I | ***Identification du Partenaire/projet sous Revue*** | | | | | | | | | | |
| **1.** | Nom du Partenaire: | | | | Lieu du déroulement de la vérification (Ville/province) : | | | | | | |
| Adresse physique du PE | | | | Email & Téléphone du responsable | | | | | | |
| Nombre du (des) Projet(s) financé(s) par les agences EXCOM : | | | | Code et Titre du (des) Projet(s) Par Agence : | | | | | | |
| Lieu d’Implémentation du Projet/Programme : | | | | Nom du Projet/programme | | | | | | |
| Période sous-revue : | | | | Fonds reçu au cours de la Période : | | | | | | |
| Dépenses déclarées au cours de la période : | | | | Durée de la mission : | | | | | | |
| Date de la mission/revue | | | | De:(jour)…..(mois)…..(année) à: (jour)…..(mois)…..(année) | | | | | | |
| **Dates couvertes par la dernière vérification ponctuelle** | | | | De:(jour)…..(mois)…..(année) à: (jour)…..(mois)…..(année) | | | | | | |
| **2** | **Composition de l’équipe de la Mission** | | | | | | | | | | |
|  | Nom | | Fonction | | Agence/Organisation | | | | Statut au sein de l’équipe (Prière cocher ce qui convient) | | |
| Chef d’équipe | | membre |
| 2.1 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 2.2 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 2.3 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| **3** | **Personnes Rencontrées au cours de la mission (joindre une feuille supplémentaire, si nécessaire)** | | | | | | | | | | |
| 3.1 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 3.2 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 3.3 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 3.4 |  | |  | |  | | | |  | |  |
| **4** | **Information sur le Niveau de Risque du Partenaire** | | | | | | | | | | |
| 4.1 | Elevé □ | | Important □ | | Modéré □ | | | | Faible□ | | Non Evalué □ |
| 4.2 | Modalité de transfert des fonds utilisée | | | | Direct Cash Transfert (DCT) | | | | Remboursement | | Paiement Direct |
| **II** | ***Prière de choisir la ou les méthode (s) utilisées pour la collecte de données pour cette revue (cocher les cases qui s'appliquent)*** | | | | | | | | | | |
|  | 5.1 Etats Financiers □ | 5.2 Interviews □ | | 5.3 Observation □ | | | | 5.4 comptes rendus des réunions □ | | | 5.5 Revue documentaire □ |
|  | 5.6 Autres (à préciser) | | |  | | | |  | | |  |
| **Section B : Contrôle Interne** (***remplissez le tableau ci-dessous qui concerne les procédures spécifiques relatives aux contrôles internes***) | | | | | | | | | | | |
|  | **Démarche** | | | **Remarques** (Documentez/commenter toute modification ou différence identifiée) | | | | | | | |
| 1 | Comparez la documentation obtenue décrivant les contrôles internes de gestion financière du PE à la Micro évaluation la plus récente du cycle de programmation correspondant. (Cf. A remplir après avoir répondu de la Section **C1**) | | |  | | | | | | | |
| 2 | Demander à la direction du PE si les contrôles internes ont fait l’objet de modifications depuis la dernière Micro évaluation du cycle de programmation en cours.  Documentez toute modification identifiée. | | |  | | | | | | | |
| 3 | Vérifier l’existence d’un Manuel de procédure, ses champs d’application, la prise en compte des procédures Supply | | |  | | | | | | | |
| **Section C: Revue financière** | | | | | | | | | | | |
| **C.1** | **Répondez aux questions ci-dessous** : (Cherchez à avoir les évidences) | | | | | Oui | Non | | NA | Commentaires | |  |
| 1.1 | Le PE a-t-il mis en place un système comptable satisfaisant (logiciel, fiches outils, les contrôles, rapports…) ? | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.2 | Le Partenaire d’Exécution a-t-il ouvert un compte séparé pour les fonds reçus de l’Agence ? | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.3 | Existe-t-il des documents pour justifier les dépenses conformément aux règles et procédures applicables du PE et aux accords conclus avec l’Agence ? | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.4 | L’activité est-elle liée aux dépenses conformément au plan de travail ? | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.5 | Les documents sont-ils classés de façon chronologique selon les formulaires FACE approuvés? | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.6 | Les documents comptables et financiers sont-ils conservés et gardés à un endroit sûr ? | | | | |  |  | |  |  | |
| 1.7 | Les dépenses ont-elles été examinées et approuvées conformément aux règles et procédures applicables du PE et aux accords conclus avec l’Agence ? | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.8 | L'achat des biens / services est-il conforme aux règles et règlements du PE ***(c.-à-d. respect des procédures, pré-approbation conservées dans le dossier relatif à la transaction; réquisition signée par la personne autorisée) ?*** | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.9 | Les rapprochements bancaires sont- ils effectués chaque mois et revus par un supérieur? | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.10 | Tous les paiements effectués sont-ils soutenus par des pièces justificatives fiables ? (reçus, contrats appropriés, évaluations…) | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.11 | Les équipements et matériels acquis avec les fonds des Agences EXCOM sont-ils utilisés uniquement pour la réalisation des activités ? | | | | | □ | □ | | □ |  | |
| 1.12 | Le Partenaire dispose-t-il d’un état d’inventaire consolidé ? | | | | | □ | □ | | □ |  | |

**C2- Synthèse de l’Analyse des Formulaires FACE et Echantillon de dépenses :**

Remplissez le tableau ci-dessous Sur la base des FACE, sélectionner des échantillons de transaction par type à examiner dans les catégories suivantes (le cas échéant) a. **L'achat de fournitures et de services** b. **contrats institutionnels / contrats de consultants** c. **Salaires** d. **per diem / DSA et autres dépenses liées aux voyages**. E **Autres** (ateliers, formations etc.)

| Description et numéro de justificatif de l’échantillon de dépenses | Montant déclaré de l’échantillon de dépenses | Document de support et mode de paiement (Chq/caisse) | Existe-t-il des documents pour justifier les dépenses conformément aux règles et procédures applicables du PE et aux accords conclus avec l’Agence ? (O/N) | | L’activité est-elle liée aux dépenses conformément au plan de travail ?  (O/N) | Les dépenses ont-elles été examinées et approuvées conformément aux règles et procédures applicables du PE et aux accords conclus avec l’Agence ? (O/N) | Les dépenses figuraient-elles dans un formulaire FACE certifié soumis à l’Agence et dans les documents comptables et le relevé bancaire du PE ? (O/N) | Les documents justificatifs sont-ils estampillés « PAYE à l’aide du don XXX », indiquant l’Agence qui a financé la transaction ? (O/N) | Le formulaire FACE a-t’il été soumis conformément à l’exigence du cadre HACT en matière de périodicité des versements (sous deux semaines) ? (O/N) | Prix payé au titre des biens ou services par rapport aux tarifs standards convenus des Nations Unies (s’ils sont facilement consultables) | Observation /constatation |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Total de l’échantillon de dépenses | |  | |  | | | | | | | |
| Total des dépenses déclarées sur les formulaires FACE au cours de la période objet de la vérification ponctuelle : | |  | |
| Pourcentage de couverture :  (total de l’échantillon de dépenses divisé par le total des dépenses déclarées sur les formulaires FACE au cours de la période objet de la vérification ponctuelle) | | % | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section D : 1. Recommandations et/ou Actions Proposées par la Mission** | | | | | | | | |
|  | Recommandations/Actions de suivi: | | | Si priorité, mettre X | Responsables | | Calendrier proposé | |
|  |  | | |  |  | |  | |
|  |  | | |  |  | |  | |
|  |  | | |  |  | |  | |
|  |  | | |  |  | |  | |
|  |  | | |  |  | |  | |
| **2. *Revue de la mise en œuvre des recommandations relatives aux contrôles antérieures*** | | | | | | | | |
| 1 | Prière de faire état du pourcentage de recommandations des précédentes visites sur le terrain mises en œuvre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 2. | Résumé des recommandations liées au programme/actions de suivi | | | | | | | |
|  | **Recommandations:** | **Risque** | **Calendrier** | | | **Actions prises** | | **Statuts** |
| 2.1. | **Micro-évaluation** (préciser le cabinet prestataire) |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
| 2.2. | **Spot-check** |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
| 2.3. | **Audit HACT** (préciser le cabinet prestataire) |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
| 2.4. | **Audit Spécial** (préciser le cabinet prestataire) |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
|  |  |  |  | | |  | |  |
| **Section E : Résumé des constatations générales de l’exercice de revue (***Rapporter ici toute information ou observation pertinente pour apprécier la capacité de gestion financière et les pratiques de gestion du PE*, se référer aux bonnes pratiques) | | | | | | | | |
| 1. | Les résultats de cette revue montrent-ils la nécessité d’une revue plus approfondie (audit spécial) à effectuer ? (cocher ce qui convient)  Merci de préciser le niveau de suivi nécessité :  Suivi de proximité niveau 1 □    Suivi approfondi niveau 2 □ | | Oui □ | | Non □ | | Remarques éventuelles: | |
| 2. | L’équipe a –t-elle tenu une réunion de débriefing/clôture avec les responsables désignés de l’organisation partenaire pour discuter des constatations de cette revue | | Oui □ | | Non □ | | Remarques éventuelles: | |
| 3. | Date d’achèvement de l’examen sur place | | (jour)……(mois)…..(année) | | | | | |
| 4. | Observations finales sur la revue par le partenaire d'exécution: | | | | | | | |

SIGNATURES DES VERIFICATEURS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM & PRE-NOM | TITRE | ORGANISATION | SIGNATURE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

SIGNATURES DES PERSONNES RENCONTREES (PE)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM & PRE-NOM | TITRE | ORGANISATION | SIGNATURE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |