



**EMPRESA SANITARIA DEL QUINDIO "ESAQUIN" SA ESP
MATRIZ PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS
CALIFICACIÓN**

Código: GCI-P-02-R-01	Versión: 02	Fecha de emisión: 15/06/2015	Página: 1 DE 17	DOCUMENTO CONTROLADO
-----------------------	-------------	------------------------------	-----------------	-----------------------------

PROBABILIDAD	VALOR	ZONAS DE RIESGO		
CASI SEGURO	3	15- Zona de Riesgo MODERADA	30- Zona de Riesgo ALTA	60- Zona de Riesgo EXTREMA
PROBABLE	2	10- Zona de Riesgo BAJA	20- Zona de Riesgo MODERADA	40- Zona de Riesgo ALTA
IMPROBABLE	1	5- Zona de Riesgo BAJA	10- Zona de Riesgo BAJA	20- Zona de Riesgo MODERADA
	IMPACTO	MENOR	MAYOR	CATASTROFICO
	VALOR	5	10	20



**EMPRESA SANITARIA DEL QUINDÍO "ESAQUIN" SA ESP
MATRIZ PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS
MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL**

Código: GCI-P-02-R-01

Versión: 02

Fecha de emisión: 18/08/2015

Página: 2 de 17

DOCUMENTO CONTROLADO

FECHA DE ACTUALIZACIÓN.

Diciembre 31 de 2016

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	Proceso Asociado	Fuente que origina el riesgo	Análisis de causas		Efecto (s) si se materializa	Clasificación	Probabilidad (1-3)	Impacto (5-20)	Evaluación del riesgo	Tipo de control	Descripción de los controles	Valoración de los controles				Planes de Mejoramiento						Evaluación Líder proceso		Evaluación Oficina Control Interno			
				Tipo de riesgo	Causa (s)								Esta documentado	Se esta aplicando	La frecuencia es adecuada	Es efectivo?	Tratamiento	Plan de Mejoramiento	Fecha inicio (DD/MM/AA)	Indicador	Meta	Fecha terminación (DD/MM/AA)	Fecha (DD/MM/AA)	Reporte	Fecha de seguimiento (DD/MM/AA)	Documentación del Control (Evidencia obtenida)	Evaluación Efectividad del Control	Observación / Recomendación Oficina de Control Interno
1	Bajo Nivel de supervisión, control y evaluación	CONTROL INTERNO	CORRUPCIÓN	Interno	Inadecuado desarrollo de procesos y procedimientos	Sanciones, pérdida de imagen y credibilidad	Cumplimiento	2	20	40- Zona de Riesgo ALTA	Preventivo	Realizar evaluaciones y seguimientos selectivos de acuerdo a las debilidades identificadas	si	si	si	no	correctivo	Ejecutar el plan de auditorias internas,	28/08/2015	Numero de auditorias programadas /numero de auditorias realizadas	100%	30/12/2015	27/11/2015-29/02/2016-30/04/2016-30/06/2016-31/08/2016-31/12/2016	Se realizaron las auditorias programadas cumpliendo con el indicador - 30/04/2016 Actualmente se esta preparando el informe para el comité coordinador de control interno que se llevo a cabo el 7 de abril de 2016 - 30/06/2016 Se evidencia las auditorias de redes de gas y redes de distribución vigencia 2016 - 31/08/2016 Se evidencia la ejecución de las auditorias programadas 31/12/2016 se	28/12/2015-30/04/2016-31/08/2016-31/12/2016	Procedimiento de auditoria interna - auditorias de gas y el proceso Redes de distribución Se programaron 9 auditorias y se realizaron 9 auditorias	Se evidencia la ejecución del 100% de las auditorias programadas	
																	correctivo	Ejecutar el plan de acción de la Oficina de Control Interno	28/08/2015	plan de acción ejecutado	100%	30/12/2015	27/11/2015-29/02/2016-30/04/2016-30/06/2016-31/08/2016-31/12/2016	Se evidencia la ejecución del Plan de Acción de la Oficina de Control Interno en un 100%	28/12/2015-30/04/2016-31/08/2016-31/12/2016	Se encuentra documentado plan de acción Oficina de Control Interno 31/12/2016 bse evidencia la ejecución del 100% del plan de acción	se evidencia el seguimiento del Plan de acción	

ALBA LUCIA RODRIGUEZ SIERRA
Jefe oficina de Control Interno

2	Debilidad en la identificación y monitoreo de los riesgos	Controles	Interno	Falta de compromiso por parte de los líderes de los procesos	Sanciones por parte de los entes de control	cumplimiento	2-Probable	10-Mayor	20-Moderada	Preventivo	Monitorear el mapa de riesgos de acuerdo a la Política de Calidad establecida por la entidad	si	si	no	no	Evitar el riesgo	Realizar seguimiento a los mapas de riesgo en el formato establecido en la Publica carpeta mapa de riesgos en forma trimestral y bimensual	28/08/2015	Mapa de riesgos debidamente diligenciado/ mapa de riesgos de la entidad	Mapa de riesgos evaluados con sus respectiva recomendaciones	30/12/2016	27/11/2015-30/03/2016-30/06/2016-30/09/2016-31/12/2016	Se le realizo seguimiento a la valoración de los riesgos de acuerdo a la política de la administración del riesgo establecida por la entidad- se valoraron los riesgos teniendo en cuenta los riesgos bajos y moderados cada tres meses y los riesgos alta y extremos cada 2 meses dando aplicación a la política de administración del riesgo	28/12/2012-30/04/2016-31/08/2016-31/12/2016	Procedimiento para la Gestion del Riesgo- se brindo asesoria personalizada a los lideres delos procesos - se realizo capacitacion y auditoria especial a los riesgos	Se evidencia los mapas de Riesgo de la entidad a traves de un aplicativo que se encuentra en la publica/SGC/registro 2016/MAPA DE RIESGOS.	Se recomienda que los lideres de los procesos le realice seguimiento de acuerdo a las fechas establecidos en la política de gestion del riesgo.
3	No fomentar La cultura del autocontrol y que los controles no sean aplicados de manera eficiente	Controles	Interno	Falta de compromiso de los líderes de los procesos	Debilitamiento del sistema de Control Interno	cumplimiento	1-improbable	10- mayor	10-baja	Preventivo	Incluir dentro del programa de capacitaciones, formaciones dirigidas al fomento de la cultura de autocontrol.	si	si	no	no	Evitar el Riesgo	Desarrollar el plan de autocontrol establecido por la Oficina de Control Interno	28/08/2015	100% de las actividades del plan de Autocontrol	Eficiencia de los controles	30/12/2016	27/11/2015-30/03/2016-30/06/2016-30/09/2016-31/12/2016	Se evidencia la realizacion de las actividades programadas en el plan de Autocontrol	28/12/2012-30/04/2016-31/08/2016-31/12/2016	Procedimiento para el fomento de la cultura del autocontrol	Se evidencia el plan de autocontrol	Se recomienda que se realice en forma un aplicativo para conocimiento de todos los funcionarios.
4	No establecer las acciones para eliminar las causas de las no conformidades protenciales o reales.	Procesos	Interno	Carencia de un seguimiento objetivo	Sanciones por parte de los entes de control	cumplimiento	2-probable	10-mayor	20-Moderada	Preventivo	Definir metodología para el establecimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora (procedimiento acciones correctivas, preventivas y/o de mejoramiento) - Capacitar al personal en el establecimiento de acciones que orienten a la mejora continua. - Verificar eficacia de las acciones establecidas, en auditorías del proceso.	si	si	no	no	Evitar el riesgo	Establecer a traves del SGC la metodología para el establecimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora -capacitar al personal en el establecimiento de las acciones que orienten a la mejora continua. Verificar la eficacia de las acciones establecidas en las auditorias del proceso	28/08/2015	Acciones correctivas efectivas que eliminan la causa o raiz de los hallazgos	100%	30/12/2016	27/11/2015-30/03/2016-30/06/2016-30/09/2016-31/12/2016	Se Establecio a través del Sistema de Gestión de la Calidad la metodología para el establecimiento de las Acciones correctivas, Preventivas y de mejora, se capacito al personal sobre la metodología de los tres por que? Y el diagrama causa Efecto, igualmente se les recomendo que las acciones de control que se implementen deben ser efectivas con el fin de que se elimine la causa o raiz que dio origen al hallazgo o no conformidad.	28/12/2015-30/04/2016-31/08/2016-31/12/2016	Registro de acciones correctivas, preventivas y de mejora	Se evidencia las acciones correctivas en las auditorias	Se recomienda documentar la metodología para el diligenciamiento de ACPM
5	No contestar en forma oportuna los requerimientos que realiza la Oficina de control interno a los líderes de los procesos	Procedimiento	Interno	Falta de compromiso, interes con la Oficina de Control Interno	Sanciones , pérdida económica, de imagen, credibilidad y confianza	Estrategico	2 probable	10- mayor	10-Moderada	Correctivo	Llevar al comité Coordinador de Control interno los procesos que no cumplan con las acciones correctivas cada dos meses	si	si	no	no	Evitar el Riesgo	Presentar informe trimestral sobre los procesos que no respondan a los requerimientos de la OCI	28/08/2015	# de acciones correctivas formuladas / numero de acciones correctivas eficaces en el tiempo establecido	100%	30/12/2016	27/11/2015-30/03/2016-30/06/2016-30/09/2016-31/12/2016	Se evidencia informe sobre Acciones correctivas de los procesos que no responda a los requerimientos	28/12/2015-30/04/2016-31/08/2016-31/12/2016	Acta del comité de Control Interno	Se evidencia informe	Se recomienda que los lideres de los procesos presente las acciones correctivas oportunamente.