



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

				EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A E.S.P MATRIZ PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL																									
Código: GCI-RE-01				Versión: 03				Fecha de emisión: 20/12/2016				Página: 2 de 17						DOCUMENTO CONTROLADO											
FECHA DE ACTUALIZACIÓN.				30/12/2017																									
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 supervision, control y evaluacion	CONTROL INTERNO	CORRUPCIÓN	Interno	Inadecuado desarrollo de procesos y procedimientos	Sanciones, perdida 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%	31/12/2017	30/04/2017-30/08/2017-30/12/2017	Se realizaron las auditorias programadas en el primer trimestre de 2017 igualmente se realizo el Comité Coordinador de Control Interno donde se aprobo el plan de auditoria para la vigencia 2017, se llevaron a cabo las auditorias de Planeacion Institucional y al proceso financiero Area de Contabilidad -en el segundo trimestre se realizaron las auditorias a los procesos controlinterno disciplinario- Gestion Sistemas-secretaria General-Laboratorio de ensayo y calidad del agua - Produccion de agua potable - en el tercer trimestre se llevaron a cabo las auditorias de Gestion Comercial, Recoleccion transporte y Tto de agua residual, operacion y mantenimiento de redes externas.	30/04/2017-30/08/2017-30/12/2017	Procedimiento de auditoria interna - auditorias de Planeacion Institucional y del Proceso financiero area de Contabilidad- se evidencia los informes de auditoria de las auditorias realizadas en eltrimestre de abril a Junio de 2017 se evidencia los informes de auditoria y las acciones correctivas de las auditorias ejecutadas en este periodo segun cronograma	Se evidencia la ejecucion del 100% de las auditorias programadas		
																		Ejecutar el plan de accion de la Oficina de Control Interno	28/08/2015	plan de accion ejecutado	100%	31/12/2017	30/04/2017-30/08/2017-30/12/2017	Se evidencia la ejecucion del Plan de Accion de la Oficina de Control Interno en un 100%	30/04/2017-30/08/2017-30/12/2017	Se encuentra documentado plan de accion Oficina de Control Interno 30/08/2017 se evidencia la ejecucion del 90% del plan de accion 30/12/2017 se evidencia la ejecucion del plan de accion en un 100%	se evidencia el seguimiento del Plan de accion		

ALBA LUCIA RODRIGUEZ SIERRA
Jefe oficina de Control Interno



EMPRESAS PUBLICAS DEL QUINDIO S.A E.S.P
MATRIZ PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS
MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

GCI-RE-0

Versión: 03

Fecha de emisión: 20/12/2016

Página: 1 de 17

DOCUMENTO CONTROLADO

NOMBRE PROCESO:

GESTION CONTROL INTERNO

30-dic-17

OBJETIVO DEL PROCESO:

Evaluar la efectividad del Sistema de Control Interno identificando oportunidades de mejora de forma objetiva e independiente para coadyuvar al cumplimiento de las metas institucionales, asesorando a la alta direccion en la introduccion de correctivos efectivos y oportunos.

No. Riesgo	Descripción del Riesgo	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 está 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
1	No realizar seguimientos y control en los temas dejados como falencias de auditoria	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	Cumplir el plan de auditoria, realizar seguimientos a lo establecido en le plan de accion y las acciones correctivas y/o planes de mejoramiento	si	si	no	no	Evitar el riesgo	Presentar el plan de auditoria para la presente vigencia al Comité Coordinador de Control Interno	28/08/2015	auditorias programadas /auditorias realizadas	100% realizacion de auditorias	31/12/2017	30/03/2017- 30/06/2017 - 30/09/2017- 30/12/2017	30/03/2017 En el primer trimestre del 2017, Se presenta el plan de auditorias al comité Coordinador de Control el cual es aprobado por unanimidad -30/06/2017 En el segundo trimestre de 2017 se realizaron las auditorias a los siguientes procesos planeacion Institucional, proceso de contabilidad, control interno disciplinario, gestion Sistemas, secretaria general Juridica, Laboratorio de Ensayo y calidad del Agua Produccion de Agua Potable seguimiento a los mapas de riesgos, 30/09/2017 en el tercer trimestre se realizaron las siguientes auditorias seguimiento a planes de mejoramiento y acciones correctivas, Gestion del Talento Humano, Gestion de los Recursos, Gestion Comercial, tratamiento de agua Residual. cumpliendo en un 100% con el plan de auditoria. 30/12/2017 en el cuarto trimestre se llevo a cabo la auditoria de Operacion y mantenimiento de redes externas	30/03/2017- 30/06/2017- 30/09/2017- 30/12/2017	Plan de accion de la Oficina de Control Interno que contiene el plan de auditoria - se evidencia el plan de auditoria, los informes preliminares y finales así como las acciones correctivas de las auditorias realizadas por la Oficina de control Interno durante estos trimestres.	Se evidencia el plan de accion de la Oficina asesora de Control interno con su cronograma de Seguimiento- se evidencia que las auditorias programadas son ejecutado en las fechas establecidas
																	Presentar el plan de auditoria para la presente vigencia al Comité Coordinador de Control Interno	15/01/2015	auditorias programadas /auditorias realizadas	100% realizacion de auditorias	31/12/2017	30/03/2017- 30/06/2017- 30/09/2017- 30/12/2017	Se realizo el comite Coordinador de Control Interno el 29 de Marzo de 2017 ,se evidncia acta del 1 de Agosto de 2017, se evidencia acta del 23 de Octubre de 2017 y acta del 29 de Diciembre de 2017	30/03/2017- 30/06 /2017-30/09/2017- 30/12/2017	Se evidencia plan de accion y acta del CCCI del 29 de Marzo de 2017 donde se aprobo el plan de auditoria para la vigencia 2017.- se evidencia la presentacion de los informes de las auditorias por los entes de control ante el comité coordinador de control interno - se evidencia acta del 1 de Agosto de 2017 del CCCI se evidencia el acta del comite coordinador de control interno del 23 de Octubre y 29 de Diciembre de 2017	Se evidencia el plan de action y el plan de auditorias vigencia 2017 ejecutado al 100% en lo que corresponde al primer trimestre de 2017 - se evidencia el cumplimiento del plan de auditoria en el segundo trimestre de 2017 se evidencia la ejecucion del el plan de auditoria en el ultimo trimestre del año
																						30/03/2017- 30/06/2017- 30/09/2017- 30/12/2017	Se evidencia las auditorias de Planeacion Institucional y del proceso Gestion Financiera area de Contabilidad.	30/03/2017- 30/06/2017- 30/09/2017- 30/12/2017	Se evidencia las carpetas que contienen las auditorias que reposan en el archivo de Control Interno	Se evidencia el plan de auditoria- el informe preliminar-el informe final se estan documentando las acciones correctivas
																								Se evidencia la ejecucion del 100% del programa de auditorias a la fecha.	El control es efectivo contribuyee al mejoramiento continuo de la entidad	

																	Debe ser objeto de auditoria los riesgos identificados como altos y extremos en la entidad	28/08/2015	Auditorias especificas a los puntos debiles de los procesos	100%de las auditorias a los riesgos altos y extremos	31/12/2017	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	En las Auditorias realizadas se tuvo en cuenta los riesgos altos y extremos para ser objeto de auditoria . De acuerdo al cronograma de auditorias	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	Procedimiento para la Gestion del Riesgo - politica para la gestion del Riesgo	Se evidencia que las auditorias realizadas se tuvo en cuenta los riesgos con calificacion alta y extrema
2	Debilidad en la identificacion y monitoreo de los riesgos	Controles	Interno	Falta de compromiso por parte de los lideres 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 Politica 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	31/12/2017	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	Se actualizo la politica de Administracion del Riesgo donde se establecio el seguimiento en forma trimestral a todos los riesgos y los riesgos por corrupcion el seguimiento se hara en abril,agosto,diciembre	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	Se evidencia que en el Comité Coordinador de Control Interno del mes de marzo se aprobo la actualizacion a la administracion de los riesgos - se evidencia el cumplimiento a la politica de administracion del riesgo realizando seguimiento en forma trimestral a las matrices de administracion del riesgo se evidencia capacitacion a los lideresde los procesos y asesoria y acompañamiento en la revision trimestral	Se evidencia los mapas de Riesgo de la entidad en forma fisica y en la pagina web de la entidad asi como en el archivo de la oficina de Control Interno y en el sistema de Cada proceso
3	No fomentar La cultura del autocontrol y que los controles no sean aplicados de manera eficiente	Controles	Interno	Falta de compromiso de los lideres de los procesos	Debilitalminto 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	31/12/2017	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	Se evidencia la realizacion de las actividades programadas en el plan de Autocontrol- encuesta sobre la frecuencia que emplea los habitos de uso del tiempo.	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	Procedimiento para el fomento de la cultura del autocontrol	Se evidencia el plan de autocontrol
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 metodologia para el establecimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora (procedimiento acciones correctivas, preventvas 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 auditorias del proceso.	si	si	no	no	Evitar el riesgo	Establecer a traves del SGC la metodologia 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 delos hallazgos	100%	31/12/2017	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	Se Establecio a través del Sistema de Gestión de la Calidad la metodologia para el establecimiento de las Acciones correctivas, Preventivas y de mejora, se capacto al personal sobre la metodologia 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.	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	0	Se evidencia las acciones correctivas en las auditorias
5	No contestar en forma oportuna los requerimientos que realiza la Oficina de control interno a los lideres 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%	31/12/2017	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	Se evidencia informe sobre Acciones correctivas de los procesos que no responda a los requerimientos	30/03/2017-30/06/2017-30/09/2017-30/12/2017	Acta del comité de Control Interno	Se evidencia informe sobre acciones correctivas preventivas o de mejora

Observación / Recomendación Oficina de Control Interno

Se recomienda que los líderes de los procesos le realice seguimiento de acuerdo a las fechas establecidos en la política de gestion del riesgo.
Se recomienda que los líderes de los procesos presente las acciones correctivas oportunamente.