COPNIA

**MAPA DE RIESGOS**

**FECHA DE REVISIÓN: ABRIL 2021**
**VERSIÓN: 10**

| PROCESO | EVAUALUACIÓN Y CONTROL |
|---|---|

| CAUSAS | RIESGO | DESCRIPCION | CONSECUENCIAS | RIESGO INHERENTE | | | | NIVEL RIESGO INHERENTE | CONTROLES | RIESGO RESIDUAL | | | | NIVEL RIESGO RESIDUAL | ACCIONES | REGISTROS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | PROBABILIDAD | | IMPACTO | | | | PROBABILIDAD | | IMPACTO | | | | |
| | | | | NIVEL | DESCRIPTOR | NIVEL | DESCRIPTOR | | | NIVEL | DESCRIPTOR | NIVEL | DESCRIPTOR | | | |
| Causa 1: Falta del equipo de trabajo necesario para adelantar las actividades propias del plan anual de auditoria.<br>Causa 2: Desconocimiento y/o desactualización del marco normativo tanto interno como externo, aplicable a las actividades propias de la oficina de Control Interno.<br>Causa 3: No disponer de la totalidad de información y ausencia a reportes e informes de los sistemas de información existentes.<br>Causa 4: Inadecuada redacción de hallazgos y/o oportunidades de mejora, que conlleve a registrar eventos carentes de objetividad, independencia y veracidad.<br>Causa 5: Inoportunidad en la entrega de información por parte de las áreas, para el desarrollo de los ejercicios de seguimiento y evaluación. | Inadecuados ejercicios de seguimiento y evaluación que afecten a la Entidad. | Corresponde al evento de inadecuados ejercicios de seguimiento y evaluación por parte de la Oficina de Control Interno que afecten la gestión institucional de la Entidad. | Consecuencia 1: Incumplimiento a total cobertura del plan anual de auditoría.<br>Consecuencia 2: Generación de información no fiable para la toma de decisiones a la alta dirección.<br>Consecuencia 3: Elaboración de informes y reportes carentes de datos reales.<br>Consecuencia 4: Pérdida de credibilidad y confianza de la gestión de la Oficina de Control Interno.<br>Consecuencia 5: Demoras en la generación de informes y reportes que conllevan a emitir juicios incompletos- | 3 | Posible | 4 | Mayor | ZONA DE RIESGO EXTREMA | CONTROL 1: El jefe de la Oficina de Control Interno, cada vez que se realiza ejercicios de seguimientos y evaluación, revisa y coteja la información que hace parte de las diferentes fases de las auditorias, con base en la información presentada por parte del equipo auditor con el fin de garantizar que la información allí registrada sea coherente con los criterios verificados y soportes. En el caso en que se encuentren observaciones y/o ajustes se solicita al equipo auditor para proceder a realizar la corrección a que haya lugar, por tanto, las evidencias de la ejecución del control este compuesto por correos electrónicos, formato plan de auditoria, memorandos y solicitudes de información.,<br><br>CONTROL 2: El equipo auditor designado cada vez que realiza ejercicios de seguimiento y evaluación, diligencia el formato plan de auditoría en el cual establece el objetivo, alcance, criterios y cronograma de ejecución, continua con el anuncio de la auditoría y solicita la información con anterioridad a los procesos auditados. Como evidencia queda los memorandos de anuncio, solicitud de información, lista de asistencia y correos electrónicos.<br><br>CONTROL 3: El jefe de la Oficina de Control Interno, anualmente presenta el plan anual de auditoría al Comité Institucional de Control Interno, plan que contiene las auditorias, los ítormes de ley, las actividades de inducción a la cultura del autocontrol y demás requerimientos, en caso de no poder cumplir con alguna de estas actividades plasmadas en el plan , se da a conocer el respectivo seguimiento al Plan Anual de Auditorias en las sesiones del Comité Institucional de Control Interno con el fin de que allí se tomen las decisiones a que haya lugar. Como evidencia queda las actas de comité, presentaciones | 1 | Rara vez | 2 | Menor | ZONA DE RIESGO BAJA | Acción 1:Viabilizar la actividad de solicitar apoyo de auditores internos certificados de otras áreas, para apoyar el cumplimiento al plan anual de auditorías.<br><br>Acción 2: Solicitar modificación y ajuste al plan anual de auditorias y presentarlo al Comité Institucional de Control Interno para aprobación.<br><br>Acción 3: Realizar proceso de retroalimentación al interior del proceso con el fin de identificar fortalezas y debilidades e identificar nuevos y mejores instrumentos de evaluación y seguimiento.<br><br>Acción 4: Participar en los espacios de capacitación y formación del Sistema de Control Interno y otros.<br><br>Acción 5: Generar un capitulo en los informes de auditoría, en donde se registre la limitación y acceso a la información requerida. | 1.Actas de Comité Institucional de Control Interno.<br>Citaciones y correos electrónicos<br><br>2.Actas de Comité Institucional de Control Interno.<br>Presentaciones<br><br>3.Correos electrónicos con observaciones y ajustes.<br>Retroalimentación de Informes finales de auditorías.<br><br>4.Registros de espacios según corresponda.<br><br>5.Informes definitivos de ley<br>Correos electrónicos<br>Comunicaciones externas |
| Causa 1: Falta del equipo de trabajo necesario para adelantar las actividades propias del plan anual de auditoría.<br>Causa 2: Desconocimiento y/o desactualización del marco normativo tanto interno como externo, aplicable a los informes y reportes de ley.<br>Causa 3: No disponer de la totalidad de información y ausencia a reportes e informes de los sistemas de información existentes.<br>Causa 4: Ausencia de controles, que permitan realizar un oportuno seguimiento a las fechas de cumplimiento.<br>Causa 5: Inoportunidad en la entrega de información por parte de las áreas, para el desarrollo de los informes y reportes de ley. | Inoportunidad en la generación de informes y reportes de ley. | Generar informes de ley y reportes por fuera de los tiempos establecidos por la ley. | Consecuencia 1: Incumplimiento del plan anual de auditoría.<br>Consecuencia 2: Generación de información no fiable para la toma de decisiones a la alta dirección.<br>Consecuencia 3: Elaboración de informes y reportes carentes de datos reales.<br>Consecuencia 4: Pérdida de credibilidad y confianza de la gestión de la Oficina de Control Interno.<br>Consecuencia 5: Generación de informes y reportes extemporaneos o incompletos. | 3 | Posible | 4 | Mayor | ZONA DE RIESGO EXTREMA | Control 1: El jefe de la oficina de control interno, cada vez que se genera un informe o se realiza una auditoría con base en la programación del plan anual de auditoría, revisa, verifica y aprueba la información generada por el equipo auditor, los cuales deberán estar acompañados de papeles de trabajo, evidencias y conceptos del equipo auditor. En caso de encontrar eventos sin información o faltantes, se realiza la solicitud al equipo auditor quien remitir la información faltante y realice las pertinentes aclaraciones. Como evidencia quedan los correos electrónicos, informes definitivos y publicación de estos.<br>Control 2: El equipo auditor realiza seguimientos a los informes de ley programados en el plan anual de auditorías. En caso de que se presente alguna demora o dificultad para obtener la informaci, bien se por parte de la oficina o de un tercero, se adelantará con anterioridad a la fecha límite de reporte, las acciones de requerimientos o de prorrogas. Como evidencia queda la matriz control reportes, correos electrónicos.<br>Control 3: El jefe de la oficina de control interno, cada vez que se genera un informe o se realiza una auditoría con base en la programación del plan anual de auditoría, revisa, verifica y aprueba la información generada por el equipo auditor. En caso de encontrar eventos sin información o faltantes, se realiza la solicitud al equipo auditor quien remitirá la información faltante y realice las pertinentes aclaraciones. Como evidencia quedan los correos electrónicos, informes definitivos y publicación de estos. | 1 | Rara vez | 2 | Menor | ZONA DE RIESGO BAJA | Acción 1: Realizar seguimientos periódicos al estado de informes de auditoría de acuerdo a los tiempos previstos.<br><br>Acción 2: Solicitar modificación y ajuste al plan anual de auditorias y presentarlo al Comité Institucional de Control Interno para aprobación.<br><br>Acción 3: Tramitar ante los órganos de control la ampliación de plazos o autorizar de reportes para entrega extemporánea.<br><br>Acción 4: Generar un capitulo en los informes de auditoría, en donde se registre la limitación y acceso a la información requerida. | *Matriz control reportes<br>Informes finales de auditorías y seguimientos<br>*Correos Electrónicos<br>*Comunicaciones remitidas a las subdirecciones y Dirección General<br><br>Actas de Comité Institucional de Control Interno.<br>Presentaciones<br><br>*Correos Electrónicos<br>*Comunicaciones externas<br><br>Informes definitivos de ley<br>Correos electrónicos |
| Causa 1: Recibir sobornos o amenazas con el fin de no realizar determinadas actividades a cargo de la Oficina de Control Interno.<br>Causa 2: No poseer la independencia requerida para el desarrollo de las actividades de la Oficina de Control Interno.<br>Causa 3: Conflicto de interes del equipo auditor<br>Causa 4: Falta de etica y objetividad de los profesionales de la Oficina de Control Interno<br>Omision de normatividad legal y/o de procedimientos internos.<br>Causa 5: No reportar posibles actos de corrupción e irregularidades que el auditor haya encontrado en el ejercicio de sus funciones<br>Causa 6: Alterar evidencias durante el desarrollo de las actividades de Control Interno<br>Causa 7: Omitir situaciones irregulares de la gestión de la entidad, identificadas enlos ejercicios de auditoría. | Ocultar o manipular información producto de los ejercicios de seguimiento y evaluación para alterar a conveniencia propia o de terceros los resultados a cargo de la Oficina de Control Interno. | Corresponde al evento de ocultar o manipular información en los ejercicios de auditorias y seguimientos, con el fin de favorecer o desfavorecer a un tercero y beneficiar los resultados presentados en los informes de ley. | *Afectación del sistema de Control Interno.<br><br>*Pérdida de imagen y credibilidad de la Entidad<br><br>*Sanciones legales(fiscal, disciplinaria y penal)<br><br>*Pérdida de credibilidad y confianza de la gestión de la Oficina de Control Interno. | 3 | Posible | 5 | CATASTRÓFICO | ZONA DE RIESGO EXTREMA | Control 1: El jefe de la oficina de control interno, cada vez que se genera un informe o se realiza una auditoría con base en la programación del plan anual de auditoría, revisa, verifica y aprueba la información generada por el equipo auditor, los cuales deberán estar acompañados, papeles de trabajo, evidencias y conceptos del equipo auditor. En caso de encontrar eventos sin información o faltantes, se realiza la solicitud al equipo auditor quien remitirá la información faltante y realice las pertinentes aclaraciones. Como evidencia quedan los correos electrónicos, informes definitivos y publicación de estos.<br>Control 2: El jefe de Control Interno presentará, cada vez que ingrese un auditor, el Código de Ética del Auditor del Consejo Profesional Nacional de ingeniería, en el cual se informan las pautas que promueven una cultura ética en la actividad de auditoría interna y los comportamientos de los auditores internos. Una vez generado este espacio se procederá a firmar la lista de asistencia del equipo auditor. En caso de evidenciar que es necesario ajustar o actualizar este administrativo se procederá a realizar dicha actividad. | 1 | Rara vez | 3 | Moderado | ZONA DE RIESGO MODERADA | Acción 1: Realizar seguimiento por parte del Jefe de Control Interno en la oportuna entrega de papeles de trabajo, evidencias recopiladas, listas de asistencia, y generación de informes definitivos dentro de los tiempos establecidos en el plan anual de auditoria.<br><br>Acción 2:Socializar el Código de Integridad de Auditor y crear un formato de compromiso ético de auditoría, en el cual se compromete con la Entidad a desempeñar su actividad auditora con los atributos y exigencias que allí demanda este documento.<br><br>Acción 3: Realizar seguimiento al estado de las auditorias e informes en comparación con la programación del plan de auditoría, a fin de identificar el promedio de días para remitir la información resultado de las auditorías. | Papeles de trabajo<br>Evidencias recopiladas<br>Instrumentos de verificación<br>Correos electrónicos<br>Programación plan auditoria<br><br>Correos electrónicos socialización<br>Formato compromiso ético<br>Código de Integridad Auditor<br><br>Correos electrónicos<br>Informes de auditoría y anexos.<br>Comunicaciones<br>Matriz control reportes<br>Evidencias recopiladas. |

**CONTROL DE CAMBIOS**

| VERSIÓN Y FECHA | DESCRIPCION |
|---|---|
| Versión 8<br>Abril 2019 | Se ajusta el riesgo existente y se incluyen cuatro riesgos más incluido uno de corrupción. |
| Versión 9<br>Abril 2020 | Se realiza ajuste al mapa de riesgos pasando de cinco riesgos a tres (2 de gestión y uno de corrupción). Se realiza calificación de riesgos y controles de acuerdo a la metodología establecida en el procedimiento de administración de riesgos versión 6 de diciembre de 2019. |
| Versión 10<br>Abril 2021 | Se realiza ajuste en la redacción de los controles |

ELABORADO POR:

**ALBERTO CASTIBLANCO BEDOYA**
Jefe de la Oficina de Control Interno

APROBADO POR:

**ALBERTO CASTIBLANCO BEDOYA**
Jefe de la Oficina de Control Interno