

# MANUAL DE AUDITORÍA INTERNA CORPORATIVA GRUPO CAP

ELABORACIÓN / MODIFICACIÓN Joaquín Pérez Urbina Gerente de Auditoría Interna FECHA: 10/11/2023	REVISIÓN - APROBACIÓN: Comité de Directores CAP S.A. FECHA: 07/12/2023
---	--

VIGENTE A PARTIR DE:	01 de enero de 2024
----------------------	---------------------

## Contenidos

<b>Resumen Ejecutivo.....</b>	<b>3</b>
<b>1.- Introducción .....</b>	<b>7</b>
<b>2.- Misión de la Auditoría Interna.....</b>	<b>7</b>
<b>3.- Objetivos Estratégicos de la Auditoría Interna .....</b>	<b>7</b>
<b>4.- Responsabilidades.....</b>	<b>8</b>
4.1.- Responsabilidades de Auditoría Interna Corporativa.....	8
<b>5.- Funciones del Equipo .....</b>	<b>9</b>
5.1.- Gerente de Auditoría Interna.....	9
5.2.- Jefe de Auditoría Interna.....	9
5.3.- Jefe de Auditoría Continua .....	10
5.4.- Jefe de Auditoría de Cumplimiento .....	10
5.5.- Auditor Interno.....	11
5.6.- Auditor TI.....	11
5.7.- Auditor de Cumplimiento.....	12
<b>6.- Desarrollo profesional continuo.....</b>	<b>12</b>
<b>7.- Fases del Proceso de Auditorías de Aseguramiento Independiente.....</b>	<b>13</b>
7.1.- Planificación y Programación.....	13
7.1.1.- Notificación de Revisiones .....	16
7.1.2.- Inicio de la Auditoría.....	17
7.1.3.- Documentación de Procesos / Subprocesos / Entidades.....	18
7.1.4.- Identificar Evaluaciones de Riesgo.....	19
7.1.5.- Determinar actividades de Control Clave .....	19
7.1.6.- Identificar potenciales automatizaciones de control .....	20
7.1.7.- Definición de Programa de Auditoría .....	20
7.1.8.- Confirmación y presentación del programa de pruebas .....	21
7.1.9.- Flexibilidad para la ejecución de revisiones especiales.....	22
7.2.- Ejecución.....	24
7.2.1.- Evaluar la Idoneidad del Diseño de Controles .....	24
7.2.2.- Realización de Pruebas y obtención de evidencia.....	25
7.3.- Cierre .....	26
7.3.1 Informe Preliminar – Análisis de resultados preliminares con el equipo auditado.....	26
7.3.2- Informe con Comentarios y Planes de Acción del Auditado.....	28
7.3.3.- Confirmación de Planes de Acción comprometidos.....	28
7.3.4- Emisión de Informe de Auditoría .....	29
7.3.5.- Reporte de una Página (One Page Report) .....	29
7.3.6- Flash Report de Auditoría.....	29
7.4.- Proceso de seguimiento – “Follow up” .....	30
7.5.- Mediciones de la Gestión de Auditoría Interna.....	32
<b>8.- Auditoría Continua y Transformación Digital.....</b>	<b>32</b>
8.1. Tecnologías de la Información utilizadas por el equipo auditor.....	32
8.2. Modelo de Auditoría Continua.....	33
8.2.1. Obtención de los controles analíticos .....	33
8.2.2. Desarrollo de los controles analíticos.....	34
8.2.3. Gestión de los controles analíticos.....	35
8.2.4. Emisión y Formalización del W-Report.....	36
8.3. Plan anual de Auditoría Continua .....	37
8.4. Consideraciones especiales.....	37
8.5. Indicadores de Auditoría Continua.....	37
<b>9.- Lecciones Aprendidas.....</b>	<b>38</b>
<b>10.- Normas de revisión y actualización del Manual.....</b>	<b>39</b>
Disponibilidad de la Norma.....	39
<b>Control de Modificaciones.....</b>	<b>40</b>
<b>11.- Anexos.....</b>	<b>43</b>

## MANUAL DE AUDITORÍA INTERNA.

### Resumen Ejecutivo.

La Política Corporativa de Auditoría Interna, aprobada por el Directorio de CAP S.A. en sesión del 2 de julio de 2020, actualizada en sesión de 30 de noviembre de 2021 y del 07 de diciembre de 2023 conforme a recomendaciones del Comité de Directores, delega en la Gerencia de Auditoría Interna el diseño de un Manual que defina la Metodología de Auditoría Interna y las prácticas a emplear para implementar los lineamientos de la Política, y en el Comité de Directores su revisión y aprobación, con énfasis en las interacciones de reporte que la Auditoría Interna tendrá con el Gobierno Corporativo de CAP S.A. y de las filiales del grupo. Este Manual describe las fases del proceso de auditoría interna de aseguramiento, de cumplimiento y de auditoría continua, las diversas instancias formales de interacción con los auditados y sus plazos, los criterios de evaluación de los controles auditados y del proceso auditado en su conjunto, las prácticas de reporte y el seguimiento de los compromisos de acción diseñados por la administración para enfrentar las debilidades de control observadas por la Auditoría Interna.

Las fases o subprocesos del proceso de Auditoría Interna son las siguientes:

- A. **Planificación – Programación;** Regula la forma en que se seleccionan y deciden los procesos, subprocesos, actividades u otras entidades a incluir en el Plan Anual de Auditoría, y hasta la formulación del Programa de Pruebas que se diseñe para testear los controles que la administración de la entidad auditada ha definido como relevantes para su funcionamiento. Las tareas de esta fase están orientadas por la consideración de los riesgos estratégicos que enfrentan los procesos y otras entidades a auditar, **de modo que resulta clave la evaluación y gestión de riesgos de la administración sobre sus procesos más relevantes.**
- B. **Ejecución;** Regula las tareas requeridas para desarrollar el conjunto de pruebas de auditoría contempladas por el Programa, documentar las evidencias de las observaciones y hallazgos, y las revisiones de la supervisión de auditoría hasta la configuración de un Informe Preliminar, que es sometido a conocimiento de los auditados para que éstos definan los planes de acción necesarios.
- C. **Cierre de la Auditoría;** Describe el conjunto de tareas necesarias para la emisión del Informe Final de la Auditoría y su distribución, el registro de los planes de acción definidos por los auditados, y la proyección del seguimiento futuro a realizar para verificar el cumplimiento de los planes de acción más relevantes, lo que dará lugar a las Auditorías de Seguimiento.
- D. **Auditoría Continua;** proceso que complementa la labor de la Auditoría Interna mediante el uso de tecnologías de la información, diseñando, ejecutando y analizando resultados de pruebas analíticas sobre procesos y/o transacciones, alertando a los responsables de los procesos sobre posibles fallas de control o eventuales anomalías que requieren el compromiso de acciones correctivas a ser posteriormente sometidas a seguimiento por Auditoría Interna.

Tratándose de un proceso que debe respetar una serie de formalidades para estar acorde al *Marco Internacional para la práctica de la profesión de Auditoría Interna*, para cada fase se definen los hitos que buscan alinearse a dichas normas, los que a su vez permiten la medición del avance del proceso de auditoría de aseguramiento estableciendo para cada uno de los hitos mencionados una ponderación de su aporte al proceso total de la auditoría. De ese modo, conociendo el hito de desarrollo en que el proceso se encuentra, es posible medir el grado de avance de cada auditoría, **como se puede apreciar en el Anexo 2; Hitos y Porcentaje de Avance.**

### **Prácticas de reporte y elementos relevantes de Auditoría Interna.**

Algunas características de importancia de los informes de auditoría son las siguientes:

1. El informe de aseguramiento incluye una apreciación de los riesgos que las debilidades de control observadas podrían aparejar. La auditoría formula recomendaciones de mejora, pero la administración es responsable del diseño del plan de acción que en definitiva se comprometa para fortalecer el control.
2. En dicho informe se incorporan los planes de acción que la administración compromete, así como los plazos y los responsables de las soluciones dispuestas.
3. El informe final de auditoría es revisado con la contraparte responsable del proceso auditado en una instancia formal de cierre, que establece un entendimiento común de los planes de solución diseñados por la administración, en cuanto a un “entregable” claro e “idóneo”, responsables y plazos de cumplimiento.
4. Los Informes de Auditoría de una página (“One Page Report”) serán distribuidos al Gerente General de la entidad auditada, al Gerente General de CAP S.A., a los miembros del Comité de Directores de CAP S.A. y a los directores integrantes de los Comités en que las filiales en el alcance de la política deleguen la revisión de temas de Auditoría Interna, solicitando en el caso de los directores, la intermediación de la administración para la carga de los reportes en el medio utilizado al efecto.
5. Similar distribución se dará a los informes de “revisiones especiales” solicitados por el Comité de Directores, el Directorio o la administración, los informes de asesoramiento en control y gestión de riesgos, y otros en que así se solicite.
6. Como resultado del proceso de aplicación de pruebas analíticas de Auditoría Continua se emitirá el informe “W-report” con el detalle del proceso sometido a revisión, descripción de las excepciones identificadas y planes de acción que la administración comprometa para desviaciones superiores al 3% de la población de datos o aquellos que por su naturaleza podrían asociar un riesgo significativo, el que será distribuido al Jefe y Gerente del área dueña del proceso revisado, Gerente General de la Compañía respectiva y/o Corporativo, según corresponda.
7. Un reporte denominado Flash Report podrá ser emitido durante el transcurso de la auditoría o durante el proceso de revisión de Auditoría Continua cuando se advierta una debilidad de control que pudiere asociar un riesgo de impacto relevante, lo que se informará a la administración responsable, y donde el Gerente de Auditoría evaluará la necesidad de escalarlo a la Gerencia General que corresponda y a otras instancias que resultare aconsejable reportar en atención a la naturaleza y potencial de la situación observada.
8. Adicional a lo anterior, los informes, así como otros documentos relevantes para el quehacer de la auditoría interna, serán registrados en un Repositorio de información permanente, al que podrán acceder los ejecutivos y directores de CAP S.A. que así lo requieran.

**Calificación de las observaciones de auditoría y de la Opinión de Auditoría de Aseguramiento.**

Es necesario para la emisión de una “opinión de auditoría”, **definir la Metodología a utilizar para la calibración de tal opinión**. En este caso se establece que cada control a ser revisado por la auditoría interna recibe una calificación por su diseño y otra por su implementación, ambas con una escala de 1 a 3, de modo que el producto de ellas (D x I) es registrado en una Matriz de 3 x 3, que permite obtener una nota para cada control en la forma y con **los criterios de evaluación que se encuentran detallados en la Metodología contenida en el Anexo 1 de este Manual**. Posteriormente, y según la evaluación combinada del conjunto de controles probados durante la auditoría, **se configura una opinión de auditoría para el proceso o entidad auditada en su conjunto en la forma descrita en el anexo 3 de este Manual**.

**Interacciones de la Auditoría Interna con el Gobierno Corporativo de CAP S.A.**

La Auditoría Interna reporta al Directorio de CAP S.A. a través de su Comité de Directores. Algunas prácticas que para ello se contemplan en este Manual son las siguientes:

- a) En enero de cada año, se presentará al Comité de Directores una propuesta del Plan Anual de Auditoría, para solicitar su recomendación para la aprobación por el Directorio. A esta sesión de Comité de Directores se invitará a un representante de los Comités de Directores de las Filiales directas que tengan trabajos contemplados en el plan propuesto. En caso necesario, y no más de 2 veces al año, solicitará aprobación a los cambios que eventualmente deban ser efectuados al citado plan para ajustarse a cambios en los riesgos estratégicos que hubieren sustentado la propuesta aprobada por el Directorio, o a requerimientos específicos del Directorio o la administración, cuya entidad de riesgo estratégico aconseje su ejecución.
- b) Sin perjuicio de su participación en otras instancias requeridas por el Gobierno Corporativo del Grupo CAP, el Gerente de Auditoría presentará trimestralmente ante el Comité de Directores, el avance en la ejecución del plan anual de auditoría y sus observaciones sobre debilidades de mayor relevancia, incluyendo el caso de denegaciones de la administración para formular acciones correctivas para controles evaluados como insatisfactorios, y el caso de eventuales limitaciones al alcance del trabajo. El Comité de Directores definirá si una síntesis debe ser presentada por el Gerente de Auditoría al Directorio.
- c) En las referidas sesiones trimestrales, también reportará el estado de cumplimiento de los planes de acción diseñados por la administración para implementar las mejoras más relevantes que ésta hubiere comprometido respecto de anteriores auditorías de aseguramiento o analíticas. Sin perjuicio de estos avances trimestrales presentados en instancias de Gobierno Corporativo, semestralmente se prepararán Informes de síntesis de las auditorías de seguimiento practicadas en el respectivo semestre, dirigidos a los responsables de los compromisos, a las respectivas gerencias y a los directores que integren las instancias de gobierno con supervisión de temas de Auditoría Interna. El Comité de Directores definirá si un resumen de la presentación de avance debe ser presentada por el Gerente de Auditoría al Directorio de CAP S.A.
- d) En los reportes realizados al Comité de Directores se debe incluir especialmente los casos en que la administración no tuvo avance alguno en los planes de acción que comprometió para mejorar controles evaluados como insatisfactorios, habiendo transcurrido la fecha de cumplimiento comprometida. En ese reporte puede sugerir al Comité de Directores la adopción de alguna medida para lograr el cumplimiento, como puede ser la definición de un plazo adicional, solicitar que el responsable del plan de acción presente directamente ante el Comité

una explicación del incumplimiento, solicitar a la jerarquía del responsable una amonestación, la intervención de un Comité Ejecutivo para la superación de los incumplimientos u otra medida que parezca razonable al Comité.

- e) Cuando fuese necesario el Gerente de Auditoría solicitará al Comité de Directores y al Directorio de CAP S.A., la revisión de las modificaciones que deban realizarse a la Política Corporativa de Auditoría Interna, y bastará solicitar la aprobación del Comité de Directores para modificar las instancias de interacción con el Gobierno Corporativo que este Manual establece. Ello se hará en la forma y oportunidad que corresponda conforme a lo previsto en la Política Corporativa de Auditoría Interna, sin perjuicio de su revisión anticipada cuando concurran cambios organizacionales que así lo demanden.

## 1.- Introducción

El presente documento, contiene las normas definidas por la Gerencia de Auditoría de CAP S.A., para regular el ejercicio de la función de Auditoría Interna con una única metodología aplicada sistemáticamente en todas las empresas del Grupo CAP incluidas en el alcance de su Política Corporativa de Auditoría Interna, estableciendo estándares de desempeño que permitan el cumplimiento de los objetivos definidos para esta función.

Su propósito final, es implementar una Metodología de Auditoría que oriente el desempeño hacia los procesos de negocio más relevantes del Grupo CAP, considerando los riesgos estratégicos que dichos procesos enfrentan. De esta manera, se pretende asimismo fomentar en todas las empresas del Grupo CAP:

- a) La formalización y mantención actualizada de sus procesos de negocio de mayor relevancia.
- b) Una Gestión de Riesgos Estratégicos por parte de la administración, que mejore la sostenibilidad de los procesos y sus modelos de negocio.

## 2.- Misión de la Auditoría Interna

Conforme a la Política de Auditoría Interna, aprobada por el Directorio de CAP S.A., la Misión de la función es la siguiente:

**Misión.**

*Proteger y aumentar el valor de la organización a través de la identificación, evaluación y recomendación de acciones que fortalezcan su Sistema de Control Interno, con el fin último de apoyar al Directorio y a la administración en la obtención sostenible de los objetivos estratégicos del negocio, con estricto apego al marco de las regulaciones aplicables, a los principios, valores y políticas corporativas, y a las directrices de gestión de riesgos aprobadas por el Directorio.*

## 3.- Objetivos Estratégicos de la Auditoría Interna

En concordancia con la Misión, se establecieron los siguientes objetivos estratégicos:

- 1) Asistir al Directorio y/o al Comité de Directores, y a la Gerencia General de CAP, en el ejercicio de sus responsabilidades de supervisión de la administración de CAP S.A., y de las empresas del grupo CAP, en sus prácticas de control interno y gestión de riesgos.
- 2) Promover una cultura consistente con los Valores, Principios y las Políticas Corporativas aprobadas por el Directorio, siempre con foco en las áreas y procesos de mayor impacto en los negocios de la compañía.
- 3) Apoyar a las empresas del grupo CAP en la identificación de oportunidades de mejora de su ambiente de Control Interno, que conduzcan al fortalecimiento de sus procesos clave.

- 4) Apoyar a CAP S.A. y las empresas del grupo CAP con recomendaciones para el desarrollo de planes de mitigación de riesgos identificados por la Auditoría Interna, y a través del monitoreo de cumplimiento de tales planes de acción.
- 5) Planificar, ejecutar y reportar periódicamente los trabajos de auditoría interna de modo que contribuya al logro de los resultados esperados por la conducción estratégica de la compañía.
- 6) Integrar el uso de Tecnologías de la Información (TI) en el monitoreo de controles y mitigaciones clave del Sistema de Control Interno, así como en el control de la gestión de los propios trabajos de auditoría interna.

En el cumplimiento de sus obligaciones, y el uso de metodologías, normas, y herramientas tecnológicas, el equipo auditor deberá siempre tener en cuenta todos los lineamientos de la Política de Auditoría Interna, así como aquellos aspectos de cumplimiento obligatorio contemplados en el Marco Internacional para la práctica de la profesión de Auditoría Interna, tales como la definición de Auditoría Interna, los principios y el Código de Ética, y las normas de auditoría.

## 4.- Responsabilidades

### 4.1.- Responsabilidades de Auditoría Interna Corporativa

Algunas responsabilidades de la Auditoría Interna son las siguientes:

- Apoyar el mejoramiento de los procesos de gestión de riesgo, control y gobierno, aportando recomendaciones objetivas e independientes.
- Entregar por cada Trabajo de Auditoría un informe completo con las debilidades de control observadas, así como un reporte de una página con el resumen de las más relevantes.
- Entregar trimestralmente información al Comité de Directores, respecto del avance y resultados de la ejecución del Plan Anual de Auditoría.
- Entregar trimestralmente al Comité de Directores información respecto del avance y cumplimiento de las acciones correctivas comprometidas por la administración para subsanar debilidades de control que impliquen un riesgo para el cumplimiento de los objetivos del Grupo CAP.
- Conformar y desarrollar un equipo de profesionales con conocimientos, experiencia y habilidades suficientes para el cumplimiento de las actividades de auditoría interna.
- Asegurar la independencia, objetividad y profesionalismo de los Auditores Internos.
- Externalizar servicios para el desarrollo de trabajos que requieran competencias no disponibles internamente.
- Mantener informado al Comité de Directores, Gerente General y Alta Administración de las nuevas tendencias y prácticas en auditoría y control interno.
- Dar a conocer al Comité de Directores y al Gerente General aquellas actividades asociadas a potenciales fraudes y/o irregularidades, detectadas producto de cualesquiera de los trabajos de Auditoría Interna.
- Realizar un proceso de monitoreo del cumplimiento y mejoramiento continuo de las políticas, normas, procedimientos, metodologías y estándares que direccionan la función de Auditoría Interna.



- Ser el punto de enlace con entidades externas, en relación a los ámbitos propios de la función de Auditoría Interna.

## 5.- Funciones del Equipo

### 5.1.-Gerente de Auditoría Interna

- Diseñar, actualizar y proponer al Directorio la Política y Manual de Auditoría Interna, con su Misión, Objetivos Estratégicos, roles y atribuciones.
- Diseñar y documentar un Plan Anual de Auditoría Interna, orientado por los riesgos estratégicos o de mayor relevancia que han sido identificados y evaluados por las Compañías del Grupo CAP, y supervisar su ejecución.
- Desarrollar manuales, procedimientos, metodologías y estándares para el desempeño y la mejora continua de los procesos de auditoría interna.
- Promover una cultura de integridad y cumplimiento regulatorio, resguardando en conducta los valores, principios y políticas corporativas del grupo CAP.
- Proporcionar asesoramiento a los procesos de CAP S.A. y/o de las empresas del grupo en la formulación de nuevas políticas, procedimientos y prácticas.
- Apoyar a las empresas del grupo CAP con recomendaciones para la mitigación de debilidades de control y riesgos observados, así como en el monitoreo de los planes que la administración comprometa al efecto.
- Incorporar tecnologías de la información al desempeño de la Auditoría Interna.
- Investigar y estar al tanto de las tendencias mundiales en auditoría interna, gobierno corporativo, riesgo y cumplimiento.
- Supervisar a su personal, evaluar su desempeño, y determinar sus necesidades de capacitación y desarrollo.
- Dar lineamientos, aprobar y asignar los presupuestos del área.

### 5.2.-Jefe de Auditoría Interna

- Colaborar en la preparación del plan anual de auditoría y coordinar al equipo de auditores para su ejecución en tiempo y forma.
- Apoyar en la ejecución de proyectos para el logro de la estrategia de la Gerencia de Auditoría Interna, alineada a la Planificación Estratégica de CAP S.A.
- Proponer pruebas automatizadas en los trabajos de Auditorías de Cumplimiento y el análisis de los datos mediante técnicas de Data Analytics y ACL (Audit Command Language).
- Formulación de programas de auditoría basados en riesgo, con foco en riesgo estratégico, así como la programación y supervisión de otras revisiones de Auditoría.
- Desarrollar y supervisar la realización de pruebas de auditoría por los auditores, para evaluar la calidad de los controles implementados por la administración.
- Realizar análisis de resultados de los Scripts o automatización de pruebas formuladas para identificar alertas en los procesos seleccionados.
- Coordinar e interactuar con clientes internos y externos en los procesos de seguimiento que le corresponda auditar.
- Fomentar el uso de metodologías y/o herramientas de la solución GRC implementada tanto con el equipo auditor como con las contrapartes, centralizando las tareas de ejecución del Plan de Auditoría Anual y sus seguimientos, y además obtener reportabilidad de valor para todas las partes

interesadas.

- Preparar Informes de Auditoría y configurar evidencias y documentos relevantes derivados de los procesos de auditoría.
- Supervisar a su personal y evaluar su desempeño.
- Preparar informes de síntesis de seguimientos semestrales de las compañías asignadas.
- Colaborar en la preparación, formulación y monitoreo del presupuesto anual de la Gerencia.

### **5.3.-Jefe de Auditoría Continua**

- Realizar trabajo colaborativo con áreas de negocio monitoreando procesos con interés para la gestión y control de riesgos, vía desarrollo de analíticos de datos, adaptando criterios de aplicabilidad de éstos para cada compañía del Grupo CAP.
- Elaborar una programación anual de pruebas de auditoría a través del desarrollo de analíticos de datos sobre procesos relevantes para el fortalecimiento de los procesos de gobierno, control interno, gestión de riesgos y cumplimiento.
- Apoyar la incorporación de pruebas automatizadas en los trabajos de auditorías y el análisis de los datos mediante técnicas de Data Analytics y ACL (Audit Command Language).
- Coordinar y liderar reuniones con diversos grupos de interés para informar los avances del proceso de transformación digital de la función de la Auditoría Interna en el Grupo CAP.
- Promover la adopción de metodologías y herramientas que apoyen al equipo auditor en su proceso de transformación digital.
- Colaborar en la preparación, formulación y monitoreo del presupuesto anual de la Gerencia.
- Apoyo en análisis de resultados de los Scripts o automatización de pruebas formuladas para identificar alertas en los procesos seleccionados.
- Supervisar a su personal y evaluar su desempeño.
- Preparar informes de síntesis de seguimientos semestrales de las compañías asignadas.

### **5.4.- Jefe de Auditoría de Cumplimiento**

- Colaborar en la preparación del plan anual de auditoría y coordinar al equipo de auditores para su ejecución en tiempo y forma.
- Apoyar en la ejecución de proyectos para el logro de la estrategia de la Gerencia de Auditoría Interna, alineada a la Planificación Estratégica de CAP S.A.
- Identificar controles clave de Compliance que serán integrados a sus programas de revisión, o a los de los demás equipos de Auditoría Interna. Diseñar procedimientos de revisión y reporte en el ámbito específico de sus funciones.
- Colaborar en la planificación anual de la Gerencia de Auditoría Interna, en especial con el análisis de los principales riesgos de cumplimiento regulatorio y los controles que los mitigan.
- Proponer pruebas automatizadas en los trabajos de Auditorías de Cumplimiento y el análisis de los datos mediante técnicas de Data Analytics y ACL (Audit Command Language).
- Coordinar y liderar reuniones y actividades de control con funciones de Compliance, Gestión de Riesgos y otros aseguradores internos y externos en el Grupo CAP, en el ámbito del Cumplimiento Ético y Regulatorio.
- Fomentar el uso de la solución GRC implementada en Auditoría Interna, por el equipo auditor y otros aseguradores internos, así como por sus contrapartes, con énfasis en el uso de los Mapas de Riesgo de Compliance, para el desafío de control, investigaciones, seguimientos y reportabilidad de valor para todas las partes interesadas.

- Colaborar en los procedimientos de investigación que sean responsabilidad del Área de Compliance, producto de denuncias internas y/o externas, informes de auditoría, requerimientos efectuados por organismos de control y supervisión, entre otros, aplicando técnicas y herramientas forenses.
- Preparar informes de síntesis de seguimientos semestrales de las compañías asignadas.
- Supervisar a su personal y evaluar su desempeño.
- Colaborar en la preparación, formulación y monitoreo del presupuesto anual de la Gerencia.

### **5.5.- Auditor Interno**

- Realizar Lectura contratos, manuales, normas e información relevante del proceso.
- Levantamiento procesos y controles clave.
- Apoyo en la preparación del Programa de Auditoria (Programa de Pruebas de cada trabajo).
- Proponer pruebas automatizadas en los trabajos de Auditorías de Cumplimiento y el análisis de los datos mediante técnicas de Data Analytics y ACL (Audit Command Language).
- Obtención de información de los Sistemas relevantes para el proceso auditado.
- Ejecución de pruebas definidas en el programa.
- Ejecución de pruebas adicionales identificadas durante el desarrollo del trabajo.
- Preparar y registrar evidencia de auditoría.
- Redacción observaciones de auditoría y validación con la supervisión, y con los auditados.
- Registrar y efectuar auditorias de seguimiento a los Planes de Acción suscritos por la administración, a través de la Plataforma de Auditoría Interna.
- Realizar análisis de resultados de los Scripts o automatización de pruebas formuladas para identificar alertas en los procesos seleccionados.
- Evaluación a jefatura que lidera el trabajo asignado.
- Registrar en la plataforma de Auditoría Interna, las horas aplicadas a los trabajos ejecutados y las horas destinadas a desarrollo de carrera entre otras.
- Preparar informes de síntesis de seguimientos semestrales de las compañías asignadas.

### **5.6.- Auditor TI**

- Diseñar pruebas y controles de auditoría mediante la automatización y análisis de datos.
- Apoyo en el uso de soluciones tecnológicas que fortalezcan la gestión de los programas de auditoría interna y los de otros aseguradores internos.
- Apoyar al equipo de auditores en el desarrollo de pruebas automatizadas cuando sea requerido, ejecutando las auditorías y seguimientos que se le asignen.
- Desarrollar reportabilidad de gestión de los procesos de auditoría y del resultado de analíticos de control aplicados en compañías del grupo CAP.
- Evaluar la seguridad de medios informáticos para el registro, procesamiento y almacenamiento de la información.
- Preparar y participar en reuniones técnicas con partes auditadas presentando resultados de pruebas analíticas y/o explicando las funcionalidades de gestión y reporte de las plataformas tecnológicas implementadas por Auditoría Interna.
- Mantener relación con entidades auditadas, personal de auditoria (cliente interno), proveedores de plataforma TI para auditoría interna, auditores externos, equipo TI, miembros fiscalizadores y reguladores interesados en aplicaciones tecnológicas de la auditoría.
- Evaluación a jefatura que lidera el trabajo asignado.

## 5.7.- Auditor de Cumplimiento

- Ejecutar en tiempo y forma los programas de revisión de Auditoría de Cumplimiento, o tareas asignadas en programas de Auditoría Interna que requieran revisiones de Cumplimiento.
- Apoyar en el diseño de procedimientos de revisión y reporte en el ámbito específico de sus funciones.
- Participar en la elaboración del programa Auditoría donde existan riesgos de cumplimiento conforme al Plan Anual de Auditoría Interna.
- Proponer pruebas automatizadas en los trabajos de Auditorías de Cumplimiento y el análisis de los datos mediante técnicas de Data Analytics y ACL (Audit Command Language).
- Practicar revisiones a través de la herramienta GRC implementada en Auditoría Interna con énfasis en el uso de los Mapas de Riesgo de Compliance, para el desafío de control, investigaciones, seguimientos y reportabilidad de valor para todas las partes interesadas.
- Colaborar en los procedimientos de investigación que sean responsabilidad del Área de Compliance, producto de denuncias internas y/o externas, informes de auditoría, requerimientos efectuados por organismos de control y supervisión, entre otros, aplicando técnicas y herramientas forenses.
- Realizar análisis de resultados de los Scripts o automatización de pruebas formuladas para identificar alertas en los procesos seleccionados.
- Evaluación a jefatura que lidera el trabajo asignado.
- Preparar informes de síntesis de seguimientos semestrales de las compañías asignadas.

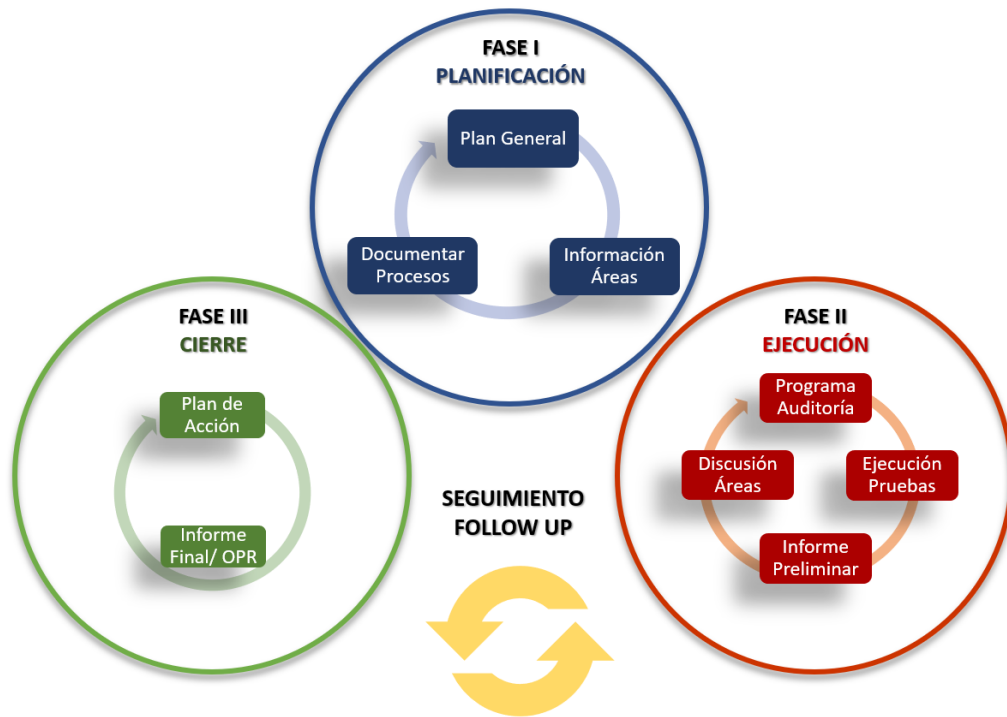
## 6.- Desarrollo profesional continuo

El Gerente de Auditoría Corporativa mantendrá un plan de desarrollo profesional para sus integrantes, anualmente revisado, a fin de mantener su competencia profesional, considerando las mejoras y la evolución de las normas, procedimientos y técnicas de auditoría interna, el control interno, y la gestión de riesgo y cumplimiento, entre otras.

De acuerdo a lo anterior, se fomentará ser miembro y participar en organizaciones profesionales, mediante la asistencia a charlas, conferencias, seminarios, cursos universitarios, programas internos de formación y la participación en proyectos de investigación.

## 7.- Fases del Proceso de Auditorías de Aseguramiento Independiente

### Visión general del proceso de Auditoría Interna:



### 7.1.- Planificación y Programación.

El Plan Anual de Auditorías deberá estar configurado con especial atención a la evaluación de riesgos realizada por la administración de las Compañías del grupo CAP, sea que se trate de una identificación de riesgos de alto nivel y visión corporativa de los procesos y riesgos más relevantes e inherentes al negocio, hasta una que se encuentre reflejada en “Mapas de Riesgo” metodológicamente contruidos desde los propios procesos, conforme al grado de madurez en que se encuentre la gestión de riesgos en la respectiva compañía.

Las principales fuentes de análisis para determinar procesos a incluir en el Plan Anual de Auditoría Interna de Aseguramiento, y en la medida que se encuentren disponibles, serán las siguientes:

- El Propósito y los Valores del Grupo CAP.
- La Estrategia de CAP S.A. y sus Focos Estratégicos.
- Levantamiento y/o matrices de riesgos corporativos evaluados conforme a políticas y metodologías del Marco Corporativo de Gestión de Riesgos vigente en la compañía.
- Programa de Integridad y Compliance, Modelo de Prevención del Delito y/o Matrices de riesgo de Compliance identificadas para el grupo de empresas CAP.
- Mapas de procesos y sus riesgos identificados por las compañías filiales del grupo CAP dentro del alcance de la Auditoría Interna de CAP S.A.
- Procesos o actividades consideradas de relevancia estratégica por el Directorio, la Gerencia

- General de CAP y/o la alta administración de las Compañías, según se derive de la planificación estratégica del grupo CAP.
- g) Riesgos mayores observados en trabajos pasados por el propio criterio experto de la Gerencia de Auditoría y/o del resto de la organización, reflejado en sus prácticas de reporte de riesgos al Gobierno Corporativo.
  - h) Modelo de Sostenibilidad CAP S.A.
  - i) Buenas prácticas, estándares o normativas aplicables a los procesos.

Según resultare necesario, Auditoría Interna puede considerar otros elementos para la preparación del plan anual de auditoría basado en riesgo, siempre que observe en ellos un potencial aporte al logro de los Objetivos Estratégicos de la organización, como puede ser el análisis de las iniciativas estratégicas del centro corporativo, los resultados de trabajos, talleres y/o reportes de avance generados por las funciones de Gestión de Riesgo, Sustentabilidad, Legal y Compliance, de los Modelos de Prevención de Delitos y su Canal de Denuncias, observaciones formuladas por entidades reguladoras, y otras fuentes similares que pudieren denotar riesgos de importancia. Es decir, **las prácticas de trabajo deben orientar la inclusión en el Plan Anual de Auditoría de aquellos procesos que presentan un mayor nivel de riesgo, en los términos definidos por el Marco Corporativo de Gestión de Riesgos aprobado por el Directorio de CAP, y/o por las prácticas definidas por las empresas operativas para una gestión de riesgos aplicada a sus procesos, pero coherente con el citado Marco.** Es pertinente, cuando resulte posible, integrar la visión de aquellos temas que interesan a la respectiva Gerencia General, a partir de un Plan Preliminar preparado por la Gerencia de Auditoría Interna, siempre que los trabajos pertinentes tengan igualmente una connotación estratégica y sin que ello derive en un “poder de veto” a la independencia de la Auditoría Interna.

La Gerencia de Auditoría buscará configurar un plan que tenga alcance en los **procesos que aparezcan como más críticos en las diversas empresas del grupo según la amenaza de riesgos estratégicos que los afecten, con atención al impacto que una inestabilidad de tales procesos pudiere infringir a la estrategia del grupo CAP en su conjunto, y considerando la naturaleza corporativa de la función y su dotación de recursos.** En este sentido, y sin perjuicio de priorizar siempre una planificación basada en riesgos estratégicos, la Gerencia de Auditoría podrá establecer ciclos de revisión para ciertos procesos de mayor criticidad, que complementen el análisis de riesgo, o lo reemplacen si dicho análisis no estuviere disponible o confiablemente actualizado, para ir dando cobertura secuencial a dichos procesos de mayor criticidad.

Uno de los “filtros” a considerar para la exclusión de procesos del plan anual de “Auditorías de Aseguramiento” en base a riesgos estratégicos, es excluir aquellos procesos, subprocesos, actividades u otras entidades que serán sometidos a “Auditorías de Seguimiento” en el año que se planifica, pues ellos ya serán auditados por esta vía y pueden ser liberados de nuevas auditorías de aseguramiento, dando espacio a la revisión de otros procesos que pudieren aparecer con riesgos inherentes, o en su defecto a los riesgos residuales, evaluados algo menores.

En todo caso, cuando la Gerencia de Auditoría hubiere establecido planes cíclicos de revisión de procesos, dichos planes cíclicos tendrán un valor secundario y/o de contraste respecto de la priorización que sugieran los Mapas, Matrices o levantamientos de riesgos determinados por las áreas y procesos responsables, los que en caso de estar disponibles y formalizados por la áreas de Gestión de Riesgo, Compliance y otros aseguradores internos, serán la principal fuente de programación de la

Auditoría Interna, quién deberá establecer un ranking de los procesos más riesgosos y en base a ello configurar su propuesta del plan anual.

Se entenderá que son procesos de mayor criticidad, los que sean considerados como tales por sus propios responsables en el levantamiento de sus mapas de procesos y/o riesgos estratégicos, ya sea conforme al levantamiento sistemático que se derive de las metodologías de evaluación de riesgo vigentes, o bien en su reemplazo, por el conocimiento experto de los ejecutivos responsables debidamente contrastado por la experiencia de la auditoría interna en trabajos anteriores sobre los mismos procesos o procesos similares, y siempre bajo el marco de los riesgos que han sido considerados como estratégicos por la visión corporativa del Directorio de CAP S.A. La Auditoría Interna, podrá considerar al efecto, los riesgos que están evaluados en los dos niveles de impacto más altos.

Asimismo, el Plan Anual de Auditoría Interna contendrá un capítulo con el detalle de los “controles analíticos” que configurarán el Programa de Auditorías Analíticas a realizar durante el período en las empresas operativas del grupo.

**La conformación del Plan Anual de Auditoría es responsabilidad del Gerente de Auditoría Interna, quién debe someterlo a revisión del Comité de Directores, y a la aprobación del Directorio de CAP S.A.** Antes de ello, deberá documentar el proceso de planificación, con especial atención a las fuentes contempladas para planificar y a los criterios aplicados para la definición de los procesos que serán auditados. La documentación constará de los mapas o matrices de riesgo disponibles, actas de reuniones sostenidas con la administración, presentaciones de Gestión de Riesgo y/o de Compliance, y de otras áreas de aseguramiento cuando fuere requerido en la evaluación, compromisos de acción que la administración haya establecido para con autoridades o exigencias regulatorias, etc. **La parte del plan que resulte para procesos específicos en una empresa del grupo será revisada con sus instancias de administración y de Gobierno Corporativo en la forma establecida en la Política de Auditoría Interna**, de modo que preferentemente el Plan consolidado posteriormente presentado a la aprobación del Directorio Corporativo, sea también informado a las referidas instancias en las empresas operativas. Las eventuales modificaciones que deban hacerse al Plan de Auditoría serán reportadas a, y aprobadas por, los mismos niveles de autoridad que le dieron origen, y siguiendo los lineamientos contemplados en la Política de Auditoría Interna.

El Plan Anual de Auditoría debe prepararse a continuación del ciclo presupuestario del año siguiente y concluirse a más tardar en diciembre de cada año, para aprobarse en el Directorio Corporativo, en enero del año en que aplica el plan, y se considera preferente que incluya el orden o secuencia sugerida para la realización de los trabajos de auditoría a desarrollar durante el año. Una vez aprobado el Plan Anual de Auditoría, el Gerente de Auditoría deberá comunicarlo formalmente a las Gerencias Generales de las compañías que recibirán los trabajos en la forma dispuesta en la Política Corporativa de Auditoría Interna.

Con el plan anual aprobado, se hará la asignación del plan al equipo auditor, para que éste sostenga sus primeras reuniones de trabajo, inicie la obtención de antecedentes generales sobre los procesos a auditar, determine con mayor precisión el alcance que tendrán las primeras auditorías del plan anual que le han sido asignadas, y **prepare en forma preliminar la “Comunicación de Inicio de Auditoría” y el Cronograma estimado para el desarrollo del trabajo, todos aspectos que deben ser liderados por el nivel de supervisión de la Auditoría respectiva (jefatura de la Auditoría).**



**Flujo Proceso Planificación**



**7.1.1.- Notificación de Revisiones**

Cada área identificada como responsable de un proceso a auditar será notificada formalmente mediante una **“Comunicación de Inicio de Auditoría”**, la que deberá contener los siguientes elementos:

- Objetivos del trabajo.
- Alcance preliminar estimado de la revisión.
- Plazo estimado desde el inicio de la revisión hasta la emisión del informe preliminar.
- Responsables de la realización del trabajo de auditoría.
- Solicitud de confirmación o nominación preliminar de la contraparte de la auditoría.

**Esta notificación será preparada por la jefatura de auditoría que corresponda**, y realizada con una anticipación no inferior a 7 días hábiles a la fecha estimada para formalizar el inicio del trabajo, y en ella se informará la definición de una fecha tentativa para una reunión de inicio, cuya ratificación no deberá superar los 7 días hábiles; asimismo se requerirá la nominación de la o las personas responsables de constituir la contraparte principal de la auditoría, personas que se entenderán habilitadas para derivar los requerimientos de auditoría con otros responsables cuando resulte necesario. **El despacho de la notificación será efectuado por el Gerente de Auditoría Interna, o por quién fuere expresamente delegado al efecto**, y estará dirigida al ejecutivo definido como responsable directo del proceso a auditar, con copia al Gerente de línea en su respectiva jerarquía, al Gerente General que corresponda y al Gerente General de CAP S.A.

En caso de procesos donde se compartan responsabilidades, o sean de naturaleza transversal, la notificación será enviada a quienes cumplan tales responsabilidades en todas las áreas o funciones a



cargo del o los procesos auditados.

### 7.1.2.- Inicio de la Auditoría

Cada revisión será iniciada, de preferencia, con una reunión de inicio organizada por el nivel supervisor del equipo de auditoría, en que se hará una presentación global del Proceso de Auditoría fundada en la metodología descrita en este Manual, y se solicitará a los responsables de los procesos auditados, su apreciación profesional de debilidades que hayan sido observadas, o que sea de su interés considerar como parte del trabajo de auditoría. Será de responsabilidad de la Auditoría Interna evaluar estos elementos y definir su incorporación como parte del programa de trabajo. Por ello es importante que a esta reunión sea invitado el Gerente, o ejecutivo con responsabilidad directa (Subgerente, jefe, etc.) sobre el proceso auditado, o quién lo reemplace. Las comunicaciones de citación de esta instancia serán enviadas por el Jefe de Auditoría Interna o por quién hubiere delegado al efecto el Gerente de Auditoría, siempre con copia al Gerente de línea o ejecutivo con responsabilidad principal por el proceso auditado. Esta instancia puede ser presencial o virtual, priorizando ésta última cada vez que resulte posible y de beneficio por economía de tiempos y/o costos.

Atendido a lo contemplado en la Comunicación de Inicio, en esta instancia se solicitará confirmar las personas que atenderán los requerimientos del trabajo de auditoría, incluyendo aquellas con quienes se efectuará el levantamiento, descripción o confirmación de la descripción de los procesos bajo revisión. Se enfatizará que este equipo contraparte se entiende empoderado para derivar a otras personas aquellos requerimientos o atenciones que este equipo principal no pueda satisfacer directamente.

Como parte de los objetivos de esta reunión se encuentran: Comprender los procesos de toma de decisiones (Comités creados, integrantes, líneas de reporte), entender el propósito de los procesos y sus riesgos principales, qué objetivos estratégicos pueden afectar, qué factores clave o esenciales brinda el proceso al negocio, y cuáles son los indicadores de la efectividad del proceso.

Esta instancia debe propiciar la aclaración de dudas del ente auditado acerca del alcance preliminar de la auditoría, una estimación de su duración, y los canales de comunicación a utilizar. En ella se informará al auditado la próxima entrega del Programa de Auditoría definitivo con el alcance precisado de las pruebas que contemplará el trabajo, considerando que esta reunión de inicio es parte de las actividades dispuestas para la formulación del citado programa.

De estos aspectos se dejará constancia en un Acta de la Reunión Inicial (**ver Anexo 4**), la que será preparada por el Equipo Auditor, revisada por el Gerente de Auditoría o por el Supervisor a quién este haya delegado la instancia, y comunicada a todos los participantes de la reunión a más tardar el 5° día hábil siguiente, otorgando un plazo no superior a 3 días hábiles para formular observaciones y/o sugerencias que darán lugar a la versión oficial del acta. Si en ese plazo no hubiere respuesta, comentarios o sugerencias, se entenderá oficializada la versión originalmente compartida.

Cuando la reunión de inicio no pudiere realizarse en la oportunidad estimada, y no denegada por la contraparte la invitación correspondiente, se entenderá que la auditoría sigue su curso, y se despachará por correo electrónico y/o por la plataforma utilizada para la gestión del proceso de auditoría, todo el material previsto por el equipo auditor para dicha instancia, e incluyendo una constancia por parte del Gerente de Auditoría, acerca de la no concurrencia a la reunión de inicio del equipo contraparte, constancia que reemplazará al acta de reunión de inicio.

### 7.1.3.- Documentación de Procesos / Subprocesos / Entidades.

Todo proceso sometido a revisión será sujeto a su documentación, primero a un alto nivel en la Fase de Planificación para tener una adecuada aproximación a su naturaleza y riesgos potenciales, y luego durante la de Ejecución con especial atención a aquellos aspectos de control interno y gestión de riesgos que sean de interés para el desarrollo del trabajo.

Para ello **el o los auditores encargados y su supervisor, obtendrán con el área responsable del proceso, la descripción vigente del mismo, a través de su narrativa, su flujograma, un procedimiento que resulte descriptivo del proceso o similar**, según las herramientas que dicha área disponga al efecto. En caso de no contar con dicha descripción, el equipo auditor designado (auditores y supervisión) realizarán una narrativa del proceso auditado y/o sus correspondientes flujogramas, con miras a la identificación de controles clave y otros controles susceptibles de ser evaluados mediante el Programa de Pruebas de Auditoría. Se entenderá que las técnicas utilizadas por la Auditoría Interna para asimilar las características del proceso, su descripción, principales riesgos y controles, serán siempre flexibles, en atención a la variedad de procesos existentes, y podrán evolucionar dinámicamente conforme nuevas técnicas resulten aplicables.

En aquellos casos en que estos elementos se encuentren ya disponibles en el área auditada, o en otra unidad encargada de ello, bastará su validación y/o actualización por el equipo auditor con los respectivos responsables. También se considerarán aquellos antecedentes de que disponga la propia Auditoría Interna derivados de anteriores revisiones al proceso, y que se hubieren integrado al repositorio o legajo permanente de la Auditoría Interna.

En esta etapa y en consistencia con lo informado en las instancias anteriores, procedería solicitar y recabar los antecedentes complementarios que se estimen necesarios para completar la preparación del Programa de Auditoría, **a través de un Requerimiento de Auditoría**.

Tanto en lo relativo a la entrega de estos requerimientos, como la de aquellos que la auditoría interna solicite para el desarrollo de las pruebas de auditoría, las contrapartes responsables contarán con plazos razonables en atención a las circunstancias, los que serán formalmente informados en los respectivos requerimientos, **no pudiendo en todo caso ser inferiores a 3 días hábiles ni superiores a 10 días hábiles. En el requerimiento se agradecerá la agilización de entregas parciales así como la inmediata comunicación de aquellos requerimientos que no se encuentran disponibles.**

La base de esta solicitud debe contemplar a lo menos, y según aplique: Políticas que entregan lineamientos generales para la operación del proceso; Manuales de procedimientos; Organigrama que describe cantidad de empleados y relaciones claves; Descripciones de cargo del personal clave; Manual de Autoridad o Alcance de Facultades u otros documentos que regulen la toma de decisiones en el entorno del proceso auditado; Mapas de procesos; Mapas o Matrices de Riesgo Estratégicos – Operativos – de Información - de Compliance, según apliquen a la entidad auditada; Contratos de clientes, proveedores, actividades subcontratadas; Leyes y regulaciones que afectan al proceso.

Los requerimientos serán formulados por el Supervisor de la Auditoría y se harán formalmente utilizando las herramientas tecnológicas disponibles para la gestión del proceso de auditoría interna y/o a través de mensajería electrónica, según estén disponibles.

#### 7.1.4.- Identificar Evaluaciones de Riesgo

Esta etapa considera la identificación de los riesgos inherentes a cada proceso, subproceso, actividad o entidad bajo revisión, consultando la documentación que estuviere disponible en el nivel corporativo en la Gerencia responsable por la Gestión de Riesgo, o en la responsable por el Compliance Corporativo, o en otras Gerencias responsables por la evaluación de riesgos corporativos y/o de las filiales de CAP. Asimismo, se deberá considerar las evaluaciones de riesgo que tuvieren disponible los principales responsables del proceso, subproceso o entidad auditada, **formándose el equipo auditor una opinión preliminar acerca de la consistencia con que la entidad auditada está evaluando sus riesgos, y la medida en que dicha evaluación resulta coherente con los lineamientos corporativos de gestión de riesgo que hubiere aprobado el Directorio de CAP S.A.**

Cuando no hubiere una evaluación de riesgos asimilable al proceso auditado, es preferente que el equipo auditor, con base en la descripción realizada para el proceso, subproceso o entidad auditada, realice juntamente con el equipo auditado un levantamiento de posibles amenazas, procediendo a identificar los riesgos potencialmente vinculados a dichas amenazas, y dejar registro de ellos para su consideración en el proceso en revisión. **Esto no puede entenderse como una evaluación formal de riesgos, tarea que no compete a la Auditoría Interna si no a los propios procesos que el “Modelo de 3 Líneas” identifica como de 1° y/o 2° línea**, conformando una guía alternativa para que el equipo auditor considere la potencialidad de esos riesgos durante las fases de revisión e informe.

Un mecanismo admisible para estos efectos es la aplicación de cuestionarios estructurados a las contrapartes de auditoría, un procedimiento que puede resultar valioso para entender la percepción de los riesgos principales que tienen los responsables de los procesos auditados, y compararlos con aquellos riesgos que se consideran más relevantes en el nivel estratégico.

#### 7.1.5.- Determinar actividades de Control Clave

Identificar los controles que ha dispuesto la administración para mitigar los riesgos mencionados en el numeral anterior, registrando el tipo de control (Predictivo o Correctivo / Manual o Automatizado), la frecuencia con que se realiza, el responsable de ejecutarlo, y una estimación de la periodicidad con que el citado responsable debería evaluar la efectividad del control (diseño e implementación). Normalmente debiere entenderse que un control “Clave” es aquél que se asocia a la mitigación de un Riesgo de alto nivel, es decir, aquellos controles cuya falla podría generar un impacto que pudiese clasificarse en cualquiera de los dos niveles más altos que establece la Metodología de evaluación del Marco Corporativo de Gestión de Riesgos, o aquella que haya establecido la respectiva filial con atención a su propia implementación de los lineamientos corporativos de gestión de riesgos.

La falla, falta de frecuencia, o carencia de un control clave puede en consecuencia, causar un severo daño al proceso, y dependiendo de la criticidad del proceso, al negocio en su conjunto.

### 7.1.6.- Identificar potenciales automatizaciones de control

Si se observan durante la elaboración del programa, “controles clave” susceptibles de ser desafiados a través de pruebas de análisis de datos automatizadas, **estas deberán identificarse y documentarse a fin de integrarlas a una base de datos de pruebas susceptibles de ser automatizadas**, y que podrían posteriormente dar origen a controles automatizados con el potencial de fortalecer el ambiente de control del proceso, y/o generar en apoyo a los responsables de los respectivos procesos auditados, rutinas de monitoreo continuo de controles.

Conforme a un marco de buenas prácticas de control interno, como COSO, **las organizaciones y sus procesos deben evaluar el potencial de fraude que pudiere afectarles, y en tal sentido el equipo auditor debe hacerse una idea del grado en que la entidad auditada está realizando tal evaluación.**

Elo también resultará de utilidad para identificar eventuales diseños de control en base a analítica de datos como se ha referido en el párrafo ante precedente. La utilización de cuestionarios estructurados es una técnica admisible a estos efectos, los que, en estos casos, debieren complementarse para documentar los sistemas, bases de datos, y campos desde los cuales puede extraerse los datos requeridos para la configuración de potenciales controles automatizados.

Se debe **considerar en esta dimensión, la posibilidad de que existan operaciones, autorizaciones, o inclusive transacciones, que no estén dejando adecuado registro en los sistemas pertinentes.**

### 7.1.7.- Definición de Programa de Auditoría

Cada Auditoría de Aseguramiento Independiente que haya sido incluida en el Plan Anual, **considerará una programación de detalle conducida por el nivel supervisor del equipo auditor asignado** y orientada a levantar los correspondientes procedimientos, normativas internas y regulación aplicable, contratos y otros acuerdos relevantes que el proceso genere, así como un entendimiento general de los sistemas que apalancan la gestión del proceso, todo ello con el objeto de definir el Programa de Auditoría (Programa de Pruebas) que permita hacer una evaluación de la calidad con que operan los controles definidos por los responsables en todos los ámbitos en que el proceso será revisado. **La evaluación de los controles se realizará en la forma regulada en el Anexo 1 de esta Metodología.**

La identificación de los riesgos que enfrenta cada proceso, subproceso o entidad incluida en la revisión, sustentada en juicio experto, o en el levantamiento de Fichas o Mapas de Riesgos sistemáticamente determinadas, o en la herramienta que la reemplace o haga sus veces, allí donde se encuentre disponible, junto con la “Documentación de Procesos” que se inicia en fase de planificación, serán elementos centrales para la definición del Programa de Auditoría. Dicho Programa, contendrá las pruebas de auditoría diseñadas para evaluar el cumplimiento de “controles clave” y otros controles identificados en el levantamiento de los procesos auditados, o relevados en los mapas de proceso o mapas o matrices de riesgo, cuando estuvieren disponibles. En este sentido, el Programa de Pruebas se orientará a “desafiar” el funcionamiento de los controles considerados de mayor importancia, se encuentren o no formalizados, y estará siempre subordinado al alcance definido para el trabajo. **Los auditores encargados y especialmente el nivel de supervisión (Jefatura) serán responsables por la preparación del Programa de Auditoría**, cuyas versiones preliminar y final, deberán contar con la revisión del Gerente de Auditoría Interna. **En el Anexo 6 se encuentra el formato tipo del Programa de Auditoría.**

Las muestras para someter a revisión, cuando corresponda, podrán ser tomadas en forma aleatoria o bien en función de los criterios que los responsables del trabajo de auditoría determinen, en consistencia con la documentación preliminar obtenida durante la etapa de conocimiento de los procesos. Tanto el Programa de Auditoría, como los resultados de la ejecución de las pruebas, serán mantenidos como respaldo del trabajo realizado para fines de documentación del control. La evidencia de Auditoría en la que se sustenta la validez de sus observaciones debe ser siempre verificable, encontrarse disponible y a buen resguardo, ya sea en herramientas de office, o en aplicativos especialistas, o en una combinación de éstos, definida para cautelar la disponibilidad y el control de acceso de la referida evidencia. El mismo nivel de resguardo deberá observarse para aquellas pruebas y sus resultados, que por haber sido practicadas sobre un universo de datos mediante tecnologías de análisis de datos, no hayan significado la determinación de una muestra.

**Los auditores serán responsables del cumplimiento estricto de las normas y las tareas relativas al resguardo de la evidencia, responsabilidad que debe ser periódicamente monitoreada por el nivel de supervisión o jefatura en el equipo de Auditoría Interna.**

7.1.7.A- Para la definición de Programa de Auditoría, el Equipo responsable de la Auditoría se reunirá con el Equipo de Auditoría de Cumplimiento con el objetivo de cautelar que el programa incorpore las leyes, regulaciones y políticas internas a ser verificadas y los controles clave dispuestos para su cumplimiento. El Entregable podrá ser un mapa de cumplimiento con el cruce de los controles a verificar durante la auditoría.

7.1.7.B- Para la definición de Programa de Auditoría, el Equipo responsable de la Auditoría se reunirá con el Equipo de Auditoría Continua con el objetivo de identificar controles automatizados y desarrollados que puedan ser aplicados en el programa de trabajo. El equipo de Auditoría Continua entregará la ficha con los resultados del control, así como los criterios y parámetros utilizados de su ejecución. En caso de que no exista un control automatizado, el equipo de aseguramiento deberá realizar como parte de su programa de trabajo, el análisis para su identificación y eventual implementación entregando una ficha con los resultados del control y criterios para su ejecución.

## 7.1.8.- Confirmación y presentación del programa de pruebas

Una vez definido y revisado el programa de pruebas, en plazo no superior a los 15 días hábiles siguientes a la reunión de inicio, el supervisor a cargo de la auditoría informará al equipo contraparte de la auditoría el programa de pruebas preliminarmente diseñado otorgando un plazo no superior a 3 días hábiles para recibir sus comentarios y, en caso de ser necesario en atención a las pruebas finalmente determinadas, realizará un segundo requerimiento de información.

En caso necesario, el equipo auditor podrá organizar con los auditados una reunión ser presencial o virtual, para aclarar cualquier aspecto del programa de pruebas y/o solicitar comentarios o sugerencias de la contraparte, las que, de no recibirse en un plazo de 3 días hábiles, será considerado por el equipo de auditoría como una tácita confirmación del Programa enviado.

El programa de pruebas complementa al memo o comunicación de inicio, y se diferencia de aquel, precisamente por contener un detalle exhaustivo de los procedimientos de prueba que se pretende realizar. Las pruebas originalmente diseñadas, podrán ser modificadas o complementadas por otras pruebas, en la medida que el avance del trabajo así lo haga aconsejable.

### 7.1.9.- Flexibilidad para la ejecución de revisiones especiales

Si por causa de solicitud, denuncia, u otras fuentes de requerimientos, el Gerente de Auditoría define la necesidad de asignar recursos para una Revisión Especial de Auditoría, y contando con aprobación del Directorio de CAP cuando ello importe un cambio en el plan anual, deberá comunicarlo directamente al ejecutivo responsable de la materia, actividad, documentación, proceso o subproceso a revisar, o a aquellos que hubieren solicitado la investigación especial, sin la necesidad de cumplir con todas las formalidades que los numerales siguientes de esta metodología establecen para las auditorías de proceso (Aseguramiento), y salvo por lo que se dispone a continuación.

Toda revisión especial incluirá, cuando proceda, un levantamiento general de los procedimientos internos y las normativas aplicables a la situación observada, y su confrontación con la forma en que la materia, actividad, documentación, proceso o subproceso se comportan en la realidad, de modo de identificar brechas o desviaciones que pudieren involucrar algún riesgo para la compañía, que ameriten reportar dicho riesgo y sugerir posibles soluciones para que la administración realice el diseño de planes de acción, que en tal caso deberán incluirse en el informe de revisión. Dichos planes de acción serán sujeto de Seguimiento de Auditoría como si se tratara de observaciones sobre debilidades de mediana importancia, es decir, aquellas pertinentes a controles evaluados como “parcialmente satisfactorios”.

En estos casos, el Informe de Revisión no requiere observar todas la normas que apliquen a un Informe de Auditoría de Procesos (trabajos de “aseguramiento”), sin perjuicio de que cuando resulte compatible, se podrá incluir la evaluación de riesgo y/o la evaluación del control o controles sometidos a revisión, y todo ello con observancia de los formatos de reporte que el Gerente de Auditoría defina para estos efectos, o bien de aquellos que resulten exigibles bajo procedimientos de otros aseguradores internos, como Compliance o Gestión de Riesgos.

Frente a la eventualidad de recibir solicitudes específicas de parte del Directorio o la Administración de CAP, o de dichas instancias en las filiales de CAP bajo el alcance de la Política Corporativa de Auditoría Interna, y considerando el 4° objetivo estratégico definido en la citada Política, **el Gerente de Auditoría podrá aceptar la realización de trabajos de Consultoría o de Asesoramiento**, teniendo especialmente en cuenta el potencial de dichos trabajos para fortalecer el ambiente de Gestión del Riesgos de las empresas del grupo CAP. En estos casos, el Gerente de Auditoría, con apoyo del supervisor encargado, deberá documentar el objetivo y alcance del trabajo a realizar, y consensuar con el solicitante el tipo de informe que se espera como resultado de este.

**La formalización de un Informe de Revisión Especial, o de uno de Asesoramiento, será hecha a los ejecutivos solicitantes y/o directamente a aquellos responsables del proceso o entidad auditada, con copia al Gerente de línea, al Gerente General de la respectiva empresa y al Gerente General de CAP.** De dicha formalización, **el Gerente de Auditoría enviará un resumen ejecutivo en la forma de un Informe de una página a los integrantes del Comité de Directores de CAP S.A., y despachado al Gerente General de la empresa respectiva para hacerlo llegar a su Comité de Directores con supervisión sobre la Auditoría Interna.** En todo caso, y como cualquier otro informe de la auditoría interna, éste deberá quedar disponible en el repositorio o plataforma que la Auditoría Interna deberá habilitar para compartir información relevante con todos los miembros del equipo de auditoría, y eventualmente con aquellos ejecutivos y directores que así lo requieran.

En consecuencia, es posible distinguir los siguientes tipos de trabajos de Auditoría:

- a) **Auditorías de Aseguramiento;** revisiones de procesos, subprocesos, actividades, áreas, documentación u otras entidades, donde el desarrollo del trabajo se ciñe a un programa de auditoría orientado por los riesgos estratégicos más relevantes del proceso o entidad auditada, para reunir evidencias y emitir una opinión independiente acerca de la calidad de los controles y mitigaciones dispuestos por la administración para enfrentar dichos riesgos. La mayor parte de los aspectos metodológicos contemplados en el presente manual están referidos a orientar este tipo de auditorías, que son las más recurrentes en el trabajo de auditoría interna. Una Auditoría de Aseguramiento también puede ser originada por una petición de la administración de la entidad auditada, ya sea en la instancia de validación de la planificación anual, o bien, durante el año y en atención a riesgos sobrevinientes.
- b) **Auditorías de Asesoramiento;** revisiones realizadas a petición de la administración del ente, de instancias corporativas, o promovidas por la propia auditoría, y cuyo objetivo principal es apoyar a las entidades auditadas en el fortalecimiento de sus propias competencias en la gestión y control de riesgos.
- c) **Auditorías de Seguimiento;** destinadas a verificar el cumplimiento por parte de la administración de las entidades, de los planes de acción comprometidos para enfrentar las debilidades de control observadas por Auditorías de Aseguramiento o similares.
- d) **Investigaciones de denuncias;** revisiones de situaciones potencialmente en conflicto con normas éticas y/o legales, que hubieren sido puestas en conocimiento de la administración por el canal de denuncias o algún otro medio de comunicación, y asignadas por el área de Compliance a la auditoría interna para su investigación. En estos casos, la investigación deberá ceñirse a los procedimientos que la compañía disponga para esos efectos.
- e) **Auditorías de Cumplimiento;** se entenderán como aquellas auditorías de aseguramiento (letra a) anterior), que tengan como principal base de programación y guía de ejecución, aquellos riesgos reputacionales que se encuentren formalizados en Matrices de Riesgo de Cumplimiento, o levantamientos similares efectuados por la entidad auditada, así como aquellas auditorías que se orienten específicamente a someter a prueba los “controles clave” dispuestos en los respectivos Modelos de Prevención o de Integridad con que cuente la compañía. En estos casos, la revisión deberá ceñirse a los procedimientos que este Manual dispone para las Auditorías de Aseguramiento.
- f) **Auditorías con metodología ágil;** enfoque alternativo para auditorías de aseguramiento, pero desempeñadas con planificación flexible desarrollada por un equipo multidisciplinario de auditores, que avanza conforme a un objetivo trazado con un “sponsor”, usualmente el Gerente de Auditoría Interna, o quién este asigne, y que persigue entregar resultados destinados a propiciar cambios favorables en el ambiente de control de modelos de gestión y/o de negocios, susceptibles de ser implementados por las partes auditadas o interesadas, de modo que la Auditoría Interna puede reportar resultados parciales tantas veces como resulte necesario. Potencial desarrollo futuro de este tipo de trabajos será sujeto de regulación en procedimiento específico.
- g) **Auditorías Continuas;** se entenderá como el método para realizar actividades de revisión de procesos relevantes de forma automatizada y con una frecuencia establecida, mediante el uso de



tecnologías de la información que permitan el análisis de datos a través de patrones y aplicación de criterios (por materialidad o por reglas de negocio) para la identificación de excepciones o alertas (desviaciones al control interno).

- h) **Otras revisiones especiales;** Cualquiera otra revisión que sea solicitada por el Directorio de CAP o su Comité de Directores, la Gerencia General Corporativa, u otra instancia del Gobierno Corporativo del Grupo CAP, debidamente ratificada en los niveles de aprobación de planes de auditoría que la Política Corporativa y este Manual consagran. La especificidad de estos trabajos requerirá la aplicación del juicio profesional para definir los procedimientos a aplicar y el tipo de informes a emitir.

## 7.2.-Ejecución

La ejecución tiene por objeto fundamental, en el caso de los trabajos de aseguramiento, formular y ejecutar el programa de auditoría a través de la realización de las pruebas contempladas, obteniendo de ellas, evidencia de auditoría y conclusiones válidas acerca del estado del control interno, en aquellos procesos, subprocesos o entidades auditadas que están sujetos a algún nivel de riesgo importante, nivel de riesgo que ha justificado su inclusión en el Plan de Auditoría conforme a los criterios, prácticas y consideraciones establecidas en la Política de Auditoría Interna, y en la forma regulada en el presente Manual.

En el caso de los trabajos de asesoramiento, la ejecución dependerá de los procedimientos que se definan como idóneos para alcanzar el objetivo pretendido por la administración o por la entidad que solicite el trabajo. En aquellos casos en que este objetivo no sea del todo claro, o bien pudiere ser abordado con distintos procedimientos, el Gerente de Auditoría deberá consensuar con la administración el alcance del trabajo, los procedimientos a aplicar, y el tipo de resultado esperado del trabajo.

### 7.2.1.- Evaluar la Idoneidad del Diseño de Controles

Cada control, o en ocasiones un grupo de controles actuando conjuntamente asocian un cierto nivel de efectividad para mitigar un determinado riesgo, lo que se traduce en su capacidad para prevenir o corregir los efectos de la materialización de un determinado evento de riesgo. Si durante la evaluación preliminar del control se identifica que su diseño no causa la pretendida mitigación de los riesgos, ello normalmente derivará en una observación de auditoría, al recibir el control una calificación mínima en su diseño.

La falta de un control clave, daría por sí sola, lugar a una observación de auditoría.

Los controles clave y otros controles propios del proceso, subproceso o entidad auditada, son parte de los insumos de importancia para diseñar el programa de auditoría, de modo que resulten adecuadamente probados durante la revisión. El programa de pruebas también debe alcanzar a aquellos controles que sean eventualmente identificados por la administración como “controles alternativos” al control o grupo de controles que se han identificado preliminarmente como inexistentes, débiles en diseño o de frecuencia insuficiente.



## 7.2.2.- Realización de Pruebas y obtención de evidencia

Los resultados de las pruebas realizadas se contrastarán, cuando sea posible, con la evidencia disponible en la administración acerca del cumplimiento de controles clave y otros controles “desafiados” por las pruebas de auditoría, además de verificar la coherencia de dicha evidencia, con las políticas y/o procedimientos que la administración ha dispuesto para implementar los controles en revisión.

Este proceso puede hacer necesaria, la programación de pruebas adicionales cuando se produzca conflicto, entre una y otra fuente de evaluación de la efectividad de los controles existentes, en cuyo caso **el equipo o auditor encargado, en consulta con su supervisor, definirá la procedencia de tales pruebas adicionales.**

Al cierre de esta etapa, el equipo auditor asegurará la adecuada recopilación, registro y conservación de la documentación y evidencia de auditoría, emanada de las pruebas realizadas, y que constituye base de las conclusiones arribadas para definir las observaciones de auditoría que serán incorporadas en el informe preliminar. Dicha evidencia podrá tomar la forma de documentación recopilada en medios físicos o magnéticos, los “papeles de trabajo”, u otros respaldos electrónicos que los complementen o sustituyan, residentes ya sea en herramientas de office o en aplicativos especializados que estén siendo utilizados para el desarrollo y control de los procesos de auditoría.

Si durante el desarrollo del Programa de Pruebas, **el equipo Auditor observare una situación que estima de alto riesgo, o evalúe un “control clave” como insatisfactorio o incluso inexistente**, y sin perjuicio de su posterior inclusión en el Informe de Auditoría, **dicha situación deberá ser puesta de inmediato en conocimiento del ejecutivo responsable directo del proceso en revisión por parte de la supervisión de auditoría**, a través de los medios que esté utilizando para encausar las comunicaciones formales del proceso, y previa consulta con el Gerente de Auditoría Interna. **En estos casos se considera preferente una reunión virtual o presencial con el citado ejecutivo, para reportar formalmente la situación observada, a través de un reporte denominado “Flash Report”, y compartir información sobre eventuales consecuencias y posibles causas base.** El Gerente de Auditoría evaluará la necesidad de escalar la citada comunicación a la Gerencia General que corresponda y a otras instancias que resultare aconsejable reportar en atención a la naturaleza y potencial de la situación observada.

**El o los Auditores a cargo informarán al menos semanalmente a su jefatura sobre los avances en el desarrollo de las pruebas del programa**, a objeto de que éste evalúe la necesidad de efectuar gestiones directas ante las contrapartes de la auditoría para agilizar su desarrollo, o su eventual escalamiento al Gerente de Auditoría. **El nivel supervisor será responsable por mantener adecuado monitoreo y registro del nivel de avance de la auditoría, documentando estas instancias de supervisión semanal y los acuerdos alcanzados con el equipo auditor**, y facilitando a la gerencia de auditoría el acceso continuo a información de gestión del proceso de auditoría, sea en herramientas de office o en otros aplicativos que para ello se dispongan, y organizando sin perjuicio de lo anterior, reuniones ampliadas con todo el equipo de auditores CAP para compartir experiencias y avances, e identificar potenciales sinergias entre los diversos trabajos en curso, reuniones ampliadas que debieren verificarse al menos quincenalmente. **Para todos estos efectos el proceso de auditoría se dividirá en los hitos y ponderaciones estándares que contempla el Anexo 2.**

## 7.3.-Cierre

Esta fase se orienta a formalizar el entendimiento común alcanzado, entre auditados y auditores, relativo a la naturaleza de las observaciones de auditoría, y muy especialmente a ratificar los planes de acción previamente estipulados por la administración en la instancia de cierre. Ello se logra básicamente a través de un acuerdo suscrito por las partes, cuyo contenido es informado a la más alta jerarquía del proceso, subproceso o entidad auditada, dando cuenta de los planes de acción diseñados por la administración, sus responsables y plazos comprometidos para su implementación.

En este sentido, se debe tener en cuenta que mientras mayor es la debilidad del control, y mayor por tanto el riesgo asociado a su mantención sin variaciones, más acucioso ha debido ser el análisis de los auditores en relación a los planes de acción y sus plazos, dado que por regla general, serán sometidos a Auditorías de Seguimiento, todos los planes formulados por la administración para fortalecer controles evaluados como insatisfactorios, y una proporción de aquellos diseñados para mejorar controles parcialmente satisfactorios.

Para sustentar la calificación de auditoría, el informe de auditoría contendrá un anexo con las calificaciones otorgadas a cada control evaluado que forma parte del informe **tanto en su diseño como en su implementación o aplicación en la forma dispuesta en la Metodología de Evaluación de Controles del Anexo 1. En el Anexo 7 se sugiere un formato de anexo al informe de auditoría para sustentar la calificación del control.**

### 7.3.1 Informe Preliminar – Análisis de resultados preliminares con el equipo auditado.

El Informe Preliminar, revisado tanto por el supervisor como por el Gerente de Auditoría, será un documento con carácter de borrador, que el equipo auditor compartirá en reunión de precierre con los responsables del proceso auditado.

Una vez cumplida la instancia anterior, el Gerente de Auditoría enviará el informe preliminar formalmente, para que en un plazo no menor a 3 ni superior a 7 días hábiles, **el equipo auditado incorpore sus comentarios y su propuesta de acciones correctivas para subsanar las brechas de control expresadas en las observaciones de auditoría, incluyendo responsables y plazos comprometidos de implementación.** El nivel supervisor del equipo auditor, efectuará seguimiento a la respuesta solicitada al equipo auditado y ofrecerá su apoyo para cautelar que se materialice en el plazo dispuesto, así como para asegurar que **los planes de acción diseñados por la administración efectivamente mitiguen los riesgos observados y contemplen “entregables” claros y susceptibles de seguimiento futuro. Por ejemplo, y en el caso de un control evaluado como “insatisfactorio” para mitigar en un proceso determinado, la materialización de un riesgo con un impacto estimado en alguno de los 2 niveles más altos (por ejemplo; en CAP S.A., severo o catastrófico), no puede ser enfrentado con un plan de acción del tipo “estudiaremos posibles soluciones para la situación observada”.**

En tal sentido, y cuando no sea claro el “entregable” o la “idoneidad” del plan para fortalecer efectivamente un control insatisfactorio, o parcialmente satisfactorio, el equipo auditor deberá debatir la situación y compartir apreciaciones con el Gerente de Auditoría con la mira de generar una posición común acerca de cómo podría ser mejorada la acción comprometida por la

administración, de modo de compartir esta visión con los auditados en la instancia de cierre del trabajo, lo que podrá hacerse por ejemplo, proponiendo redacciones alternativas para la acción correctiva declarada por la administración.

El equipo de auditores deberá considerar que los plazos de solución deben ser razonablemente alcanzables, pero más breves cuando se trata de medidas para fortalecer controles evaluados como insatisfactorios. En el caso de controles evaluados como parcialmente satisfactorios, es prudente alentar a la administración para que se comprometan plazos que puedan ser cumplidos sin mayores inconvenientes.

La discusión y validación del correcto entendimiento de las observaciones de auditoría, así como de los planes de acción definidos por la parte auditada, se hará con la participación del superior jerárquico con responsabilidad directa sobre el proceso auditado, en una reunión de cierre con el equipo auditor virtual o presencial, que se orientará fundamentalmente a validar los Planes de Acción comprometidos por la administración. Esta reunión **será liderada por el supervisor de la auditoría, quién la citará adjuntando el informe preliminar ya con planes de acción incorporados, y quién también será responsable por dejar un Acta de Cierre de la reunión y sus principales acuerdos (Ver formato de Acta de Cierre en el Anexo 5)**. El Acta de Cierre deberá compartirse con todos los participantes de la reunión, a más tardar el 5° día hábil siguiente de la última instancia sostenida en el marco de la reunión de cierre (virtual o presencial), otorgando un plazo de 3 días hábiles para recibir comentarios o sugerencias a su contenido, después del cual se emitirá la versión final.

En caso de no recibirse planes de acción o no lograr su diseño por la administración durante la instancia de cierre, para observaciones de auditoría a controles calificados como insatisfactorios y que pudieren asociar riesgos con impactos de importancia, se deberá informar a la contraparte que dicha situación será destacada en el informe de auditoría, así como en su “One Page Report”, según corresponda al tipo de informe emitido, y además será detalladamente reportada al Comité de Directores, en la oportunidad prevista en el presente Manual, Comité que podrá requerir que se formulen los planes correspondientes si lo estima necesario, o solicitar a la Gerencia General o a la instancia pertinente, que se adopten medidas alternativas para mitigar el riesgo observado. En casos excepcionales, y a juicio del Gerente de Auditoría, este tipo de escalamiento informativo podría ser aplicado respecto de similares negativas de la administración para enfrentar controles evaluados como parcialmente satisfactorios, cuando se estime que la debilidad observada tiene el potencial de escalar a futuro a niveles de mayor criticidad. La obligación de realizar este escalamiento al Comité de Directores debe ser informada por el equipo auditor a la entidad auditada que ha manifestado expresa o tácitamente su desacuerdo para emitir planes de acción en estos casos.

La participación del Gerente de Auditoría Interna en esta instancia será considerada necesaria, pero excusable en caso de incompatibilidad de agenda, de modo de no inhibir el avance del proceso, pero su presencia se considerará obligatoria cuando por dificultades de la jerarquía del equipo contraparte, y de forma similar a lo establecido para la reunión de inicio, el Gerente de Auditoría Interna gestione y obtenga la participación en la instancia del respectivo Gerente de primera línea de la contraparte, o del Gerente General, según corresponda.

**Si la reunión o instancia de cierre no pudiere practicarse en la oportunidad citada, y no denegada la invitación por el equipo contraparte, el Gerente de Auditoría Interna, enviará en la misma fecha que había sido prevista para la fallida reunión, el Informe Final Consolidado con planes de acción de la**

**administración**, a todo el equipo auditado, incluyendo el superior jerárquico, y con copia al respectivo Gerente de 1° línea, o Gerente General según corresponda, explicando lo acontecido y otorgando un plazo no superior a 3 días hábiles para la confirmación del mismo, transcurrido el cual y sin que se hubieren recibido confirmaciones, observaciones, comentarios o sugerencias, se tendrá por tácitamente aprobado, procediéndose a requerir su firma para emisión formal.

### 7.3.2- Informe con Comentarios y Planes de Acción del Auditado.

Los acuerdos alcanzados en la reunión o instancia de cierre y/o a través de comunicaciones remotas referidas en el numeral anterior, darán paso al informe preliminar final de auditoría, incluyendo los perfeccionamientos que se hubieren acordado en dicha reunión y/o comunicaciones, los cuales deberán ser incorporados al informe en el plazo que se hubiere establecido al efecto en la mencionada instancia, documentada a través del Acta de Cierre o las comunicaciones electrónicas según corresponda.

Situaciones en las que no se logre consenso, al grado de inhibir la elaboración de un Plan de Acción, serán de todos modos sometidas al conocimiento y revisión de la Gerencia superior de la compañía, unidad y/o proceso auditado, a través del informe de auditoría, que destacará este hecho en el informe así como en su “One Page Report”.

En los casos de trabajos del tipo de Aseguramiento Independiente, y sin perjuicio de la natural evolución de los formatos de reporte, cada observación de auditoría será presentada en forma narrativa o gráfica, según mejor comunique la situación observada, y contendrá al menos los siguientes elementos:

Observación	Evaluación de Control - Riesgo	Recomendaciones	Plan de Acción y Acciones Específicas.	Responsable y Fecha de solución
Descripción de la situación que se considera deseable corregir.	Calificación del control revisado, y exposición o potencial de riesgo observado.	Sugerencias de Auditoría que pueden ser consideradas en la mitigación del riesgo observado.	Solución definida por los ejecutivos responsables del proceso, subproceso o entidad	Nombre y cargo y fecha límite estimada para la implementación del Plan de Acción.

Cuando no se concretare la reunión o instancias de cierre, las proposiciones finales de solución de la administración podrán ser obtenidas vía remota, por correo electrónico y/o utilizando aplicativos de auditoría disponibles para el desarrollo, registro y control del trabajo, en la forma ya establecida en el numeral 7.3.1 anterior.

### 7.3.3.- Confirmación de Planes de Acción comprometidos.

Como producto de la validación de las observaciones de auditoría y los planes de acción de la administración, o bien de su corrección final en la forma acordada y documentada en la instancia de cierre, virtual o presencial, o a través del mecanismo de comunicación electrónica alternativo antes descrito frente a instancias de cierre fallidas, **el Gerente de Auditoría consolidará el Informe Final a ser emitido.**

### 7.3.4- Emisión de Informe de Auditoría

El documento que formalmente se emite al término del trabajo será genéricamente denominado Informe de Auditoría, pero su nominación específica y sus formatos serán dinámicos y dependientes del tipo de trabajo realizado, según han sido listados en el numeral 7.1.9 de este Manual.

En el caso de informes de auditorías de aseguramiento independiente, la emisión formal del informe tendrá como plazo máximo los 3 días hábiles siguientes a aquel en que el área auditada haya confirmado efectiva o tácitamente los planes de acción, los responsables nominados y los plazos de solución revisados en la reunión o instancia de cierre, o en la comunicación electrónica que hubiere reemplazado a la citada instancia.

Este Informe explicitará la entidad o procesos o subprocesos auditados, el objetivo y alcance general de la revisión, y contendrá un resumen ejecutivo con una visión sintética de las observaciones que integran el informe y su criticidad en atención a la debilidad de los controles probados, **como así también una calificación global del estado del Control Interno para la entidad, proceso o subproceso auditado, definida en conformidad al estándar de distribución de las observaciones de auditoría sobre evaluación de controles, establecido en el Anexo 3 de este Manual.** En el cuerpo del informe se detallarán las observaciones de auditoría de un modo que facilite el entendimiento del lector acerca del **estado de satisfacción de los controles probados en conformidad a lo establecido en la metodología del Anexo 1 de este Manual**, incluyendo mención del riesgo o riesgos que la auditoría estima asociados a la debilidad de control reportada, las recomendaciones de auditoría, y los comentarios de la administración, sus planes de acción y responsables comprometidos, respecto de cada observación de auditoría que así lo requiera, en conformidad a lo establecido en el numeral 7.3.2 de este Manual.

**Las observaciones de auditorías serán agrupadas en las tipologías establecidas en el Anexo 8 de esta Manual.**

### 7.3.5.- Reporte de una Página (One Page Report)

Una vez finalizado el informe de Auditoría, la jefatura o supervisor a cargo debe preparar un reporte resumen con el objetivo, alcance, procesos incluidos en la revisión, antecedentes, limitación al alcance en caso de existir, resumen gráfico de los controles evaluados y de la evaluación de Auditoría, las principales observaciones, recomendaciones y planes de acción comprometidos por la contraparte (Ver Anexo 10). El Gerente de Auditoría aprobará y distribuirá este reporte en la forma ya antes descrita.

### 7.3.6- Flash Report de Auditoría

Reporte que debe ser confeccionado cuando se presenten debilidades de control percibidas por la Auditoría Interna con potencial de alto impacto e identificadas en cualquiera de las instancias del proceso anteriormente señaladas o durante el proceso de revisión de Auditoría Continua, con el fin de que las áreas responsables queden en conocimiento y en condición de tomar acciones inmediatas para corregir o mitigar las situaciones observadas. El Gerente de Auditoría evaluará la necesidad de escalarlo a la Gerencia General que corresponda y a otras instancias que resultare aconsejable reportar en atención a la naturaleza y potencial de la situación observada.

## 7.4.- Proceso de seguimiento – “Follow up”

Es responsabilidad de cada auditor asignado, registrar y mantener el control de seguimiento de los Planes de Acción derivados de la respectiva Auditoría, cautelando la supervisión de auditoría encargada del seguimiento, los mecanismos adecuados para que los responsables de su cumplimiento estén oportunamente comunicados de la proximidad del vencimiento de los plazos comprometidos. El registro de los compromisos derivados de la auditoría en herramientas de office u otras herramientas tecnológicas dispuestas al efecto deberá realizarse dentro de los 3 días siguientes a la comunicación del Informe Final de Auditoría.

Por regla general sólo se planificarán a Auditorías de Seguimiento, los planes de acción diseñados por la administración para fortalecer controles evaluados como insatisfactorios, y una proporción de los planes diseñados para enfrentar controles evaluados como parcialmente satisfactorios, cuando a juicio de la Gerencia de Auditoría Interna, dicho controles tuvieren el potencial futuro de asociar un escalamiento de los riesgos observados.

Sin perjuicio de comunicaciones regulares a los responsables sobre la proximidad del vencimiento de sus compromisos de acción, semestralmente se efectuará un “corte” y control del estado de avance de los planes de acción, especialmente dirigido a aquellos que debieron cumplirse en el período bajo revisión. Si no se dispone de un sistema automatizado de alertas en una plataforma tecnológica para el control de gestión de los procesos de auditoría interna, la supervisión de auditoría delegada al efecto comunicará a la administración el inicio de **auditorías de seguimiento para planes de acción con controles calificados como insatisfactorios y una proporción de aquellos calificados como parcialmente satisfactorios. Si se cuenta con una plataforma tecnológica, tales comunicaciones se gestionarán directamente desde ella.** Así, por ejemplo, durante junio de cada año se trabajará en los informes de síntesis de los resultados del seguimiento a los compromisos que vencieron entre diciembre del año anterior y mayo del año que se informa. En diciembre de cada año se hará lo propio para preparar los informes de síntesis de seguimiento de los compromisos que vencieron entre junio y noviembre del año en curso.

Los resultados de dicho seguimiento serán incluidos en un Informe síntesis de Auditorías de Seguimiento dirigido a la propia jerarquía receptora de los informes de auditoría que dieron origen a los planes de acción sometidos a seguimiento, copiando en cada oportunidad al Gerente General de la respectiva Compañía, a sus Gerentes de reporte directo con responsabilidad sobre los compromisos en seguimiento, a los encargados de Cumplimiento cuando la naturaleza de lo informado así a lo aconseje, y a las demás personas con responsabilidad sobre los planes de acción. Estos informes también serán enviados al Gerente General Corporativo, y a sus Gerentes de línea con interés de gestión en lo reportado, **así como a los integrantes del Comité de Directores de CAP S.A., y a aquellos directores de la respectiva compañía con responsabilidad asignada en instancias que monitoreen los resultados de la auditoría interna.**

Este régimen semestral para formalizar los informes de síntesis de las auditorías de seguimiento continuamente practicadas durante el ejercicio no obsta a la presentación de avances trimestrales de la actividad de auditorías de seguimiento antes instancias de gobierno corporativo y/o de la alta administración, y según requieran los ciclos de gestión y reporte.

La **regla general** es que se hará un solo seguimiento de auditoría a cada plan de acción, conforme establece la Política Corporativa de Auditoría Interna con base en el **principio de “Rigor en el Cumplimiento de los Compromisos”**, contemplando las situaciones descritas en los siguientes párrafos.

Cuando un plan de acción para mitigar un control evaluado como insatisfactorio, tenga nulo avance a la fecha comprometida para su cumplimiento, se entenderá que la administración lo ha desestimado y que asume el riesgo asociado calificándolo como “No Cumplido”, descontinuo seguimientos futuros de auditoría, situación que deberá ser así reportada por el Gerente de Auditoría Interna, tanto en el respectivo informe de seguimiento como en su cuenta de rutina al Comité de Directores de CAP S.A. En tales casos, el Comité de Directores será consultado, a modo de sugerencia, para la toma de alguna medida adicional, tal como:

- Definir que se otorgue un plazo adicional para la solución.
- Solicitar al responsable una explicación del incumplimiento.
- Solicitar a la jerarquía pertinente una amonestación u otra sanción.
- Otra medida que le parezca razonable.

En caso de que un plan de acción para enfrentar controles insatisfactorios no esté concluido, pero registre avances “evidenciables” a la fecha comprometida de implementación, el auditor de seguimiento coleccionará y registrará dicha evidencia, y obtendrá de la administración una nueva estimación de fecha para el cumplimiento del plan, reportando en consecuencia que el compromiso se encuentra en proceso por redefinición de la fecha de implementación. Se procederá de manera similar cuando se colecciona evidencia razonable de que el plan originalmente comprometido perdió efectividad frente a circunstancias emergentes que determinaron la necesidad de un nuevo diseño. En estos casos será necesario volver a Auditar en Seguimiento el respectivo plan de acción, pero si en la nueva fecha definida no se cumple con la implementación, se aplicará lo establecido en el párrafo precedente.

Los planes de acción diseñados para enfrentar controles evaluados como **parcialmente satisfactorios**, y que se incluyan en el plan de seguimiento de auditoría, **por regla general serán sometidos a un solo proceso de seguimiento**, pudiendo aplicarse el proceso anterior descrito cuando a juicio de la Gerencia de Auditoría Interna, dichos controles tuvieren el potencial futuro de asociar un escalamiento de los riesgos observados. Los compromisos no cumplidos o en vías de cumplimiento, serán así reportados por única vez en los respectivos informes de seguimiento, así como en las instancias de reporte al Comité de Directores y/o al Directorio ya antes enunciadas, entendiéndose y así destacándose en los casos que no registren avance alguno, que la administración ha asumido el riesgo subyacente. Todo ello, es **sin perjuicio, de que los controles pertinentes sean nuevamente sometidos a prueba, en una futura nueva Auditoría** al o a los procesos respectivos.

Para **controles evaluados como “satisfactorios”**, la administración no estará obligada, pero podrá diseñar planes de acción cuyo cumplimiento no será objeto de Auditorías de Seguimiento.

Tanto el inicio de la práctica de un Seguimiento de Auditoría, como la emisión de un Informe Preliminar de Seguimiento, **serán formalizados a los responsables de los respectivos planes de acción, por el nivel de supervisión de la auditoría, aunque dicho informe deberá contar siempre con la revisión previa del Gerente de Auditoría Interna.**



Los informes finales serán emitidos por el Gerente de Auditoría a los destinatarios y a los destinos ya antes establecidos en esta metodología para los informes oficiales.

## 7.5.- Mediciones de la Gestión de Auditoría Interna

Conforme se avance en la aplicación de las disposiciones y la metodología de trabajo contenidas en el presente Manual, la Gerencia de Auditoría Interna deberá configurar un set de indicadores que permitan medir, comparativamente en el futuro, el éxito de la gestión de Auditoría Interna.

Estos indicadores pueden incluir, por ejemplo, la proporción cumplida del plan anual de auditorías, la razón de observaciones sobre controles insatisfactorios respecto del total de observaciones, la proporción de observaciones de auditoría que valorizan impactos económicos sobre el negocio, proporción de trabajos de asesoramiento o consultoría solicitados por la administración respecto de los trabajos planificados, porcentaje de cumplimiento de planes diseñados para fortalecer controles insatisfactorios, comparación en los niveles cumplimiento observados en auditorías de seguimiento, etc. **En el Anexo 9 se encuentra una sugerencia de configuración de indicadores.**

## 8.- Auditoría Continua y Transformación Digital

Una de las iniciativas estratégicas de la Gerencia de Auditoría Interna, ha sido incorporar Tecnologías de la Información al desempeño de Auditoría, un hito importante dentro de la hoja ruta de transformación digital trazada para el área.

El objetivo es incorporar nuevas capacidades digitales al equipo auditor, mediante el uso de soluciones tecnológicas dedicadas a la gestión de Auditoría Interna.

### 8.1. Tecnologías de la Información utilizadas por el equipo auditor

**Diligent Highbond**, solución GRC en entorno cloud, que permite administrar los trabajos de auditoría interna y sus interacciones con la administración, matrices de riesgo de Compliance y el seguimiento de sus controles, automatizar los flujos de requerimientos, así como respaldar la evidencia asociada a las de Auditorías de Seguimiento y el cumplimiento de planes de acción que la administración ha comprometido respecto de auditorías pasadas.

**ACL Analytics**, solución utilizada para la construcción de pruebas de auditoría o controles analíticos, la que permite obtener de datos del ERP (SAP) y de otras múltiples fuentes de información, aplicar criterios de materialidad y/o reglas de negocio, generando resultados o alertas sobre situaciones inusuales o fuera de ciertos umbrales de normalidad, lo que es de utilidad para la Auditoría Interna o para la propia administración con responsabilidad sobre los respectivos procesos, de modo de generar respecto de ellos un ambiente de Auditoría Continua.

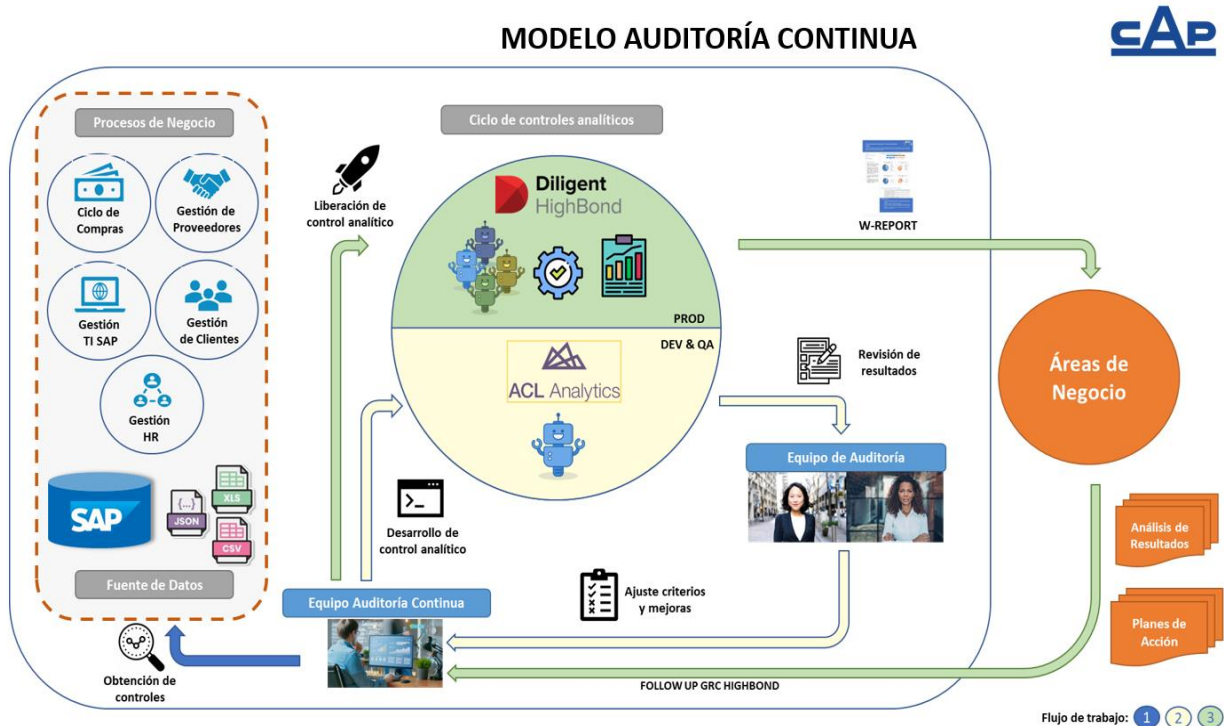
**ACL Robotics**, solución que permite automatizar la ejecución de los controles o pruebas de auditoría, con el objetivo de planificar de manera diferenciada las frecuencias específicas de ejecución.



## 8.2. Modelo de Auditoría Continua

Auditoría Continua tiene por objetivo complementar la labor de la Auditoría Interna, diseñando, ejecutando y analizando controles analíticos que permitan desafiar los controles declarados por las compañías para mantener un adecuado ambiente de control interno. Este tipo de controles son considerados como “micro auditorías”, que tienen como objetivo aportar a los responsables de los procesos, en la primera y/o segunda línea, alertas sobre situaciones inusuales o eventuales anomalías que requieren el diseño de acciones correctivas a ser posteriormente sometidas a seguimiento por Auditoría Interna.

En base a lo anterior, se diseñó un modelo para Auditoría Continua Corporativa CAP según lo siguiente:



El modelo consta de 5 hitos principales, iniciando con la obtención de los controles analíticos, continuando con su desarrollo y posterior despliegue a las distintas líneas de negocio del Grupo CAP. Los resultados obtenidos son analizados por el equipo de Auditoría Continua y posteriormente formalizados a la administración correspondiente. En caso de que los potenciales hallazgos identificados sean validados por el negocio, se deben solicitar planes de acción para mitigar las situaciones observadas.

### 8.2.1. Obtención de los controles analíticos

La obtención de los potenciales controles analíticos se realiza revisando los macroprocesos que han sido definidos por la Auditoría Interna como relevantes, tanto por su nivel de impacto en el negocio como por su nivel de apalancamiento digital con el core business software (SAP) utilizado por el Grupo CAP. Estos macroprocesos son:

- Ciclo de compras.

- Gestión de proveedores.
- Gestión de clientes.
- Gestión de Personas con foco en Compliance.

Además, existe la opción de incorporar controles analíticos de otras fuentes de datos, dependiendo de la calidad, integridad y acceso directo mediante conectores disponibles por la solución ACL Analytics.

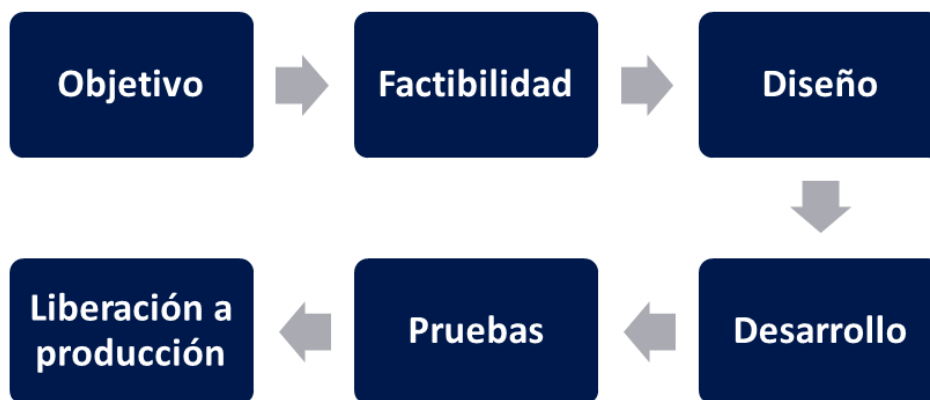
La selección de los potenciales controles debe considerar los siguientes criterios:

- La fuente principal de datos sea SAP (aprovechar accesos otorgados).
- El control sea susceptible de ejecución en todas o la mayoría de las compañías (permite obtener análisis similares y puntos de comparación).
- Equipos contrapartes conocidos (maximizar el trabajo ya realizado con usuarios claves).
- Controles que tengan el componente de Compliance (trabajar en conjunto permite impulsar y visibilizar los resultados).
- Continuar trabajando con controles relacionados con socios comerciales (Compliance), ciclo de compras y roles/perfiles SAP.

El éxito de los controles de Auditoría Continua depende totalmente de que Auditoría Interna tenga acceso sin restricciones a todos los datos fuente disponibles en el ERP Corporativo (SAP), y en cualquier otra fuente pertinente a sistemas expertos que sean palanca de gestión de los procesos y subprocesos de las empresas del grupo. Este acceso sin limitaciones debiere ser así entendido y facilitado por todas las administraciones de las empresas del grupo CAP, conforme a lo dispuesto por el principio N° 5 de la Política Corporativa de Auditoría Interna.

### 8.2.2. Desarrollo de los controles analíticos

El desarrollo de controles analíticos considera 6 etapas, cada una de las cuales aporta un porcentaje de avance para medir su desempeño (ver anexo 11).



A) Objetivo: definir el proceso que se quiere desafiar, identificando la fuente de información y las reglas del negocio. En caso de que éstas últimas no estén debidamente definidas, se considerarán buenas prácticas de la industria y/o estándares internacionales.

B) Factibilidad: realizar un análisis costo/oportunidad para valorizar el impacto del control a desarrollar, asegurando además el acceso a la fuente de información que soporta el proceso.

- C) Diseño: mapear el proceso, identificando el alcance, los criterios de excepción y materialidad a considerar. Con esta información se procederá a construir un modelo de análisis de datos que será incorporado en la ficha técnica del control a desarrollar.
- D) Desarrollo: incorporar la generación de los scripts en ACL Analytics con las rutinas necesarias para que el control pueda llevar a cabo la extracción, procesamiento y clasificación de los resultados obtenidos. Cabe señalar que la solución tecnológica utilizada solo dispone de permisos para visualizar y extraer información, la que posteriormente será tratada, de modo que no genera ningún impacto en la fuente de información revisada.
- E) Pruebas: El equipo de Auditoría Continua, posterior al desarrollo y generación de pruebas de calidad, entrega “internamente al propio equipo de Auditoría” la tarea de revisar los resultados que arrojan los controles, con el objetivo de minimizar los falsos positivos que éstos puedan ocasionar en deterioro de la confianza del análisis realizado. Además, se incorporarán los ajustes y/o mejoras propuestas por el equipo auditor, con el fin que de maximizar la automatización y calidad del control.
- F) Liberación a producción: al estar el control revisado y validado por el equipo auditor y/o Auditoría Continua, éste será visado para ser subido a la plataforma Diligent Highbond, en la que se le asignará una frecuencia de ejecución. Esta plataforma permite la automatización de las ejecuciones mediante el uso de ACL Robotics. Los resultados de los controles pueden ser obtenidos directamente en Diligent Highbond para ser revisados posteriormente por los auditores asignados.

### 8.2.3. Gestión de los controles analíticos

Los controles analíticos que están en proceso de producción o despliegue deben cumplir con el ciclo de gestión de Auditoría Continua, el cual consta de 6 etapas, cada una de las cuales aporta un porcentaje de avance para medir su desempeño (ver anexo 12).



- A) Preparación de los datos: los resultados obtenidos de los controles deben ser continuamente revisados, asegurando su integridad y consistencia. Esto debido a que podrían existir modificaciones en las fuentes de información sin previo aviso a Auditoría Continua, por lo que la verificación de los datos antes de iniciar el análisis permite mitigar el riesgo anteriormente mencionado.

- B) Procesamiento de los datos: se verifican las reglas de negocio y criterios de materialidad que pudieran complementar el análisis, obteniendo una muestra representativa del universo de los datos resultantes (cuando son conjuntos de datos de gran tamaño).
- C) Identificación de los potenciales hallazgos: en esta etapa se identifican los datos outliers o datos fuera de norma, los que se transforman en potenciales hallazgos. Se complementa el análisis con información adicional, como procedimientos internos, revisiones en el sistema SAP u otros análisis complementarios.
- D) Validación de los potenciales hallazgos: se detalla la situación observada con sustento en la evidencia encontrada en la data y/o documentación. Además, se proponen recomendaciones en base a buenas prácticas, estándares o procedimientos.
- E) Organización del análisis: en esta etapa se prepara el detalle de los potenciales hallazgos a compartir con la administración y se prepara la gráfica de datos que permitirá sintetizar los resultados en el reporte de Auditoría Continua.
- F) Comunicación del análisis: en la última etapa del ciclo de gestión del control analítico, se documentan las situaciones observadas con una gráfica que permita visualizar el impacto de los potenciales hallazgos y las recomendaciones para remediar la brecha de control interno identificada. El documento que contiene la información anteriormente mencionada es el denominado **Win-Win Report o W-Report (ver anexo 13)**, cuyo objetivo es respaldar la gestión (tiempo y recursos destinados para el análisis) del equipo de Auditoría Continua y/o Auditoría Interna con los resultados obtenidos por el control analítico.

#### 8.2.4. Emisión y Formalización del W-Report

El W-Report deberá ser emitido para todo control analítico que haya sido gestionado por el equipo de Auditoría Continua y/o Auditoría Interna. La validación de este documento, incluyendo situaciones observadas y recomendaciones, estará a cargo del Gerente de Auditoría Interna. Su formalización dependerá de si se reportarán hallazgos con o sin importancia.

- **Los W-Report con hallazgos de importancia** son aquellos que derivan de excepciones por sobre el 3% de la población de datos o aquellos que por su naturaleza podrían asociar un riesgo significativo aun estando por debajo de dichos porcentajes. En este caso, se solicitará una reunión con la contraparte para presentar el detalle del control revisado y los potenciales hallazgos, la que deberá ser realizada en un plazo no superior a 7 días hábiles desde su solicitud. De no cumplirse esta instancia, y no denegada la invitación por el equipo contraparte, se enviará en la misma fecha que había sido prevista para la fallida reunión, el documento vía correo electrónico. El reporte a emitir será en calidad de preliminar, solicitando evidencia que pudiese no estar ingresada en el sistema fuente y que justifique las situaciones observadas. En caso de que la administración no logre justificar lo observado, deberá incorporar planes de acción en el apartado que considera el W-Report para dicho efecto. Tanto sus comentarios y/o planes de solución serán requeridos para incluirlos en el reporte en un plazo no superior a 7 días hábiles desde su emisión, pasado el cual el reporte, en caso de no haber recibido retroalimentación de la contraparte, se formalizará sin planes de acción, informando de ello a las Gerencias responsables y a la Gerencia General de la respectiva Compañía. En su oportunidad, estas situaciones serán escaladas al Comité de Directores que corresponda, así como al Comité de Directores de CAP. Solo se considerará como excepción en la extensión del plazo cuando la administración solicite justificadamente de forma escrita la ampliación por un plazo definido inicialmente, lo cual estará sujeto a autorización por parte del Gerente de Auditoría Interna.

La distribución del W-Report será de responsabilidad del Jefe de Auditoría Continua, la cual incluirá al

Jefe y Gerente del área dueña del proceso revisado, al Gerente General de la respectiva Compañía, al Gerente General Corporativo y el Gerente de Auditoría Interna.

- **Los W-Report sin hallazgos de importancia** son aquellos que derivan de excepciones identificadas por el control analítico que no superan el 3% de las transacciones y/o de los montos involucrados, en cuyo caso no sería obligatorio emitir un W-Report para comprometer planes de acción. Tampoco será obligatoria dicha formalización si, dentro de plazo, existen planes de acción en curso que la administración responsable comprometió respecto de la anterior ejecución del control analítico. En los casos en que no sea necesario remitir un W-Report a la administración, el reporte será emitido solo para efectos internos y con la aprobación del Gerente de Auditoría Interna, a modo de documentar el tiempo y recursos destinados al análisis por Auditoría Continua y/o el equipo auditor.

### 8.3. Plan anual de Auditoría Continua

Los analíticos desarrollados configuran una dotación suficiente para seleccionar y ejecutar en las compañías de mayor riesgo y transaccionalidad en el grupo, siguiendo un esquema diferenciado entre ejecuciones trimestrales, semestrales y anuales, emitiéndose un reporte (W-Report) según corresponda.

Por lo tanto, la planificación de los controles a ejecutar durante el año será incluida en el Plan Anual de Auditoría Continua, el cual deberá ser presentado y aprobado junto con el Plan Anual de auditorías de aseguramiento.

La selección de los controles se realizará en conjunto con el equipo auditor y el Gerente de Auditoría Interna, procurando maximizar el valor que pudieren entregar los controles en los próximos trabajos de auditorías de aseguramiento y/o dar continuidad a controles ya tratados con la administración de las empresas operativas.

### 8.4. Consideraciones especiales

Existen controles cuyo universo de información consultada podrían incluir datos de Compañías que estén fuera del alcance del Plan Anual de Auditoría Continua. En caso de que se identifiquen potenciales hallazgos que supongan una debilidad de control que pudiere asociar un riesgo de impacto relevante, el equipo de Auditoría Continua deberá validarlo con el Gerente de Auditoría Interna y posteriormente informarlo a la contraparte con el fin de que la administración pueda tomar acciones correctivas a la brevedad, emitiéndose para estos efectos un Flash Report.

### 8.5. Indicadores de Auditoría Continua

El desempeño de cada uno de los hitos del modelo de Auditoría Continua considera un indicador para medir el desempeño y el avance real, tanto del control a nivel individual, como del plan de Auditoría Continua.

A continuación, se detalla la fórmula de cálculo de los indicadores de avance del plan:

$$\% \text{ Controles analíticos ejecutados} = \frac{\text{controles analíticos ejecutados en el mes}}{\text{controles analíticos planificados en el mes}}$$

$$\text{Indicador de gestión AC} = \frac{\text{controles analíticos gestionados (acumulado)}}{\text{controles analíticos planificados (acumulado)}}$$

$$\text{Indicador de formalización AC} = \frac{\text{controles analíticos formalizados (acumulado)}}{\text{controles analíticos planificados (acumulado)}}$$

A nivel de control analítico, los indicadores de desempeño son los siguientes:

$$\% \text{ Gestión del control analítico} = \text{sumatoria de } \% \text{ avance de las actividades de gestión}$$

$$\% \text{ Desarrollo del control analíticos} = \text{sumatoria de } \% \text{ avance de las actividades de desarrollo}$$

Las actividades de gestión y desarrollo, junto con sus porcentajes de avance, están detalladas en el apartado de Anexos.

## 9.- Lecciones Aprendidas

Una vez concluido el proceso de revisión, el equipo auditor tendrá la oportunidad de presentar al resto del equipo de Auditoría Interna las lecciones aprendidas a fin de mejorar los procesos de auditoría.

Las lecciones aprendidas se definen como el conocimiento ganado por medio del análisis y la reflexión sobre una experiencia o proceso, o un conjunto de ellos. Se recogen para identificar factores de éxito, identificar deficiencias, resolver problemas a través de nuevos cursos de acción, mejorar la toma de decisiones futura y definir modelos para otras intervenciones.

### 9.1 Identificar las Lecciones aprendidas

Evaluar, en base a la experiencia, las siguientes interrogantes:

- ¿Qué debía suceder?
- ¿Qué sucedió en realidad?
- ¿Qué funcionó bien y por qué?
- ¿Qué podría mejorarse y cómo?

### 9.2 Documentación de las lecciones identificadas

Documentar, por medio de una presentación, qué funciona bien y debe continuar haciéndose y cuáles son las acciones de mejoramiento y temas que requieren atención para comunicarlas a miembros o instancia de la organización.

### 9.3 Implementar las acciones de mejoramiento

La lección identificada pasa a lección aprendida y es aplicada en los siguientes procesos de revisión. En el Anexo 14 se muestra el flujo del Proceso de Auditoría.

## 10.- Normas de revisión y actualización del Manual.

Este Manual deberá ser revisado y actualizado, a más tardar, 3 años después de su entrada en vigencia, a menos que cambios en la Política de Auditoría, o en sus prácticas y/o metodologías, o en la organización o en el entorno regulatorio, requieran de su modificación anticipada.

**El nivel de supervisión del equipo de auditoría estará a cargo de efectuar dicha revisión, y proponer al Gerente de Auditoría Interna, las modificaciones** que se estimen necesarias. El Gerente a su vez, revisará y consolidará la nueva versión, sometiendo luego su aprobación al Comité de Directores de CAP S.A., con énfasis en todos aquellos aspectos de la modificación que involucren interacciones con el citado Comité, con el Directorio, o con otras instancias propias del Gobierno Corporativo del Grupo CAP.

Cuando el Manual sea modificado se incorporará al mismo una síntesis de las modificaciones, indicando la versión de Manual que se genera, el número asignado a cada modificación incorporada, el capítulo y/o página modificados en cada caso, la descripción resumida de cada modificación, y la fecha en que ella entra en vigencia.

Como esta metodología es de aplicación obligatoria para la auditoría interna, pero también establece regulaciones de interacción para todo potencial auditado, ella **deberá ser registrada en la Intranet de CAP y debidamente comunicada a las Gerencias Generales de todas las empresas del grupo CAP en el alcance de la función de Auditoría Interna Corporativa**, y a otros ejecutivos de dichas empresas que se espera razonablemente, serán contrapartes de la Auditoría Interna. Del mismo modo serán informadas sus modificaciones posteriores.

### Disponibilidad de la Norma.

Externa e Interna. Sitio Web e Intranet	Solo Interna – Grupo CAP Portal Intranet	Solo Empresas CAP S.A.	Solo filial definida	Grupo restringido de usuarios
	<b>X</b>			



**Control de Modificaciones**

N°	Capítulo y/o página	Descripción de las Principales Modificaciones	Genera versión	Fecha de Modificación	Marco de Gobernanza	Actualizaciones de Estándares	Ajustes a la Práctica
0	Página 1	Manual de Auditoría Interna Aprobado en el comité de Directores 01.10.2020 vigente a partir del 01.11.2020	0	01.11.2020			
1	Página 4	Se especifica la emisión del Informe de una página (“One Page Report”) y su distribución que incluye a directores integrantes del órgano de supervisión que se encuentre definido en la empresa respectiva.	1	22.10.2021	✓		✓
2	Páginas 5	Se incorpora el informe de Síntesis de las Auditorías de Seguimiento y su Distribución.			✓		✓
3	Páginas 7	Se explicitan las responsabilidades de la Auditoría Interna Corporativa por cada nivel de cargo de la citada Gerencia.				✓	✓
4	Página 10	Se agrega un capítulo sobre Desarrollo Profesional para los miembros de la Gerencia de Auditoría Interna Corporativa.				✓	
5	Página 11	Se explicita la consideración del Propósito de CAP, sus Valores y Focos Estratégicos entre las fuentes principales a considerar para la Planificación anual de Auditoría Interna.					✓
6	Página 16	Se corrigen las alusiones al Modelo de 3 Líneas de Defensa por referencias al nombre actualizado del mismo, que es Modelo de 3 Líneas.				✓	
7	Página 21	Se Incorpora la definición de Auditorías Continuas, como uno más de los tipos de trabajos que desarrolla la Gerencia de Auditoría.				✓	✓
8	Página 27	Se explicita la sustitución del antiguo Resumen Ejecutivo por el nuevo “One Page Report” y se definen sus características. Se define el Reporte Flash para informar tempranamente situaciones observadas en el proceso de una auditoría y que generen potenciales riesgos de alto impacto.				✓	✓
9	Página 30	Se formaliza el desarrollo con el equipo auditor, de instancias de Lecciones Aprendidas en los trabajos que desarrolla la Gerencia de Auditoría Interna.					✓
10	Página 36	Se Modifica el Anexo de hitos de Avance del proceso de una auditoría, por uno que responde a las modificaciones del Manual, especifica mejor lo que se espera en cada etapa, el registro de avance en la Plataforma GRC de Auditoría Interna, y las responsabilidades asociadas a los hitos de avance.				✓	✓
11	Página 37	Se modifica anexo de Opinión de Auditoría Interna conforme al modelo utilizado actualmente en los informes de Auditoría de Aseguramiento.					✓
12	Página 49	Se especifica que en el Programa de Auditoría se deben identificar claramente los controles clave a evaluar y el procedimiento de verificación de implementación.				✓	✓
13	Página 53	Se sustituye el cuadro de Evaluación de Controles contenido en Anexo 3 del Manual, por el que actualmente se utiliza en los informes de Auditorías de Aseguramiento, y se establece una nota de instrucción sobre su contenido.					✓
14	Página 56	Se Agrega anexo con el Formato del “One Page Report”.					✓
15	Página 3	Se agrega enunciado del subproceso de Auditoría Continua, entre las fases de Auditoría Interna mencionadas en el Resumen Ejecutivo.	2	07.12.2023			✓
16	Página 4	Se especifica la responsabilidad de la administración de la empresa para compartir los reportes de auditoría que indica con los directores. Se incorpora descripción de W-Report y Flash Report.					✓



17	Página 5	Se especifica incorporación de representante del Comité de Directores de filiales que contemplen trabajos planificados, a la sesión de presentación del plan anual en el Comité de Directores de CAP S.A. Se actualiza a trimestral la frecuencia de presentación en instancias de gobierno corporativo.			✓
18	Página 6	Incorpora instancia de Comités Ejecutivos en caso de revisar la superación de incumplimientos de planes de acción de la administración.			✓
19	Capítulo 4 - 5	Se actualiza a trimestral la periodicidad de presentación al Comité de Directores en Las Responsabilidades de la auditoría y se actualizan las descripciones de las Funciones del Equipo. Se agregan funciones del Jefe y Auditor de Cumplimiento.			✓
20	Capítulo 7	Se reorganizan fases del proceso de Auditorías de Aseguramiento conforme a la práctica realmente ejecutada.			✓
21	Página 13	Se incluye el Programa de Integridad y Compliance, Modelo de Prevención del Delito, el Modelo de Sostenibilidad CAP S.A. y Buenas prácticas, estándares o normativas aplicables a los procesos, entre los elementos formales a considerar en el análisis de la Planificación basada en Riesgo. Se actualiza diagrama del Proceso de Auditoría Interna.	✓		
22	Página 15	Se incorporan expresamente las "pruebas o controles analíticos" como parte integral del Plan Anual de Auditoría.			✓
23	Página 16	Se incorpora diagrama del Flujo del Proceso de Planificación. Se especifica que el tiempo de ratificación para la reunión de inicio no puede superar los 7 días hábiles.			✓
24	Página 17	Se amplía el tiempo de entrega del acta de reunión de inicio a 5 días hábiles.			✓
25	Página 18	Se especifica que se valorarán las entregas parciales de los requerimientos de información, así como la inmediata comunicación de aquellos que no se encuentren disponibles.			✓
26	Página 21	Se agregan definiciones para incorporar al Programa de Auditoría pruebas de Cumplimiento y de Auditoría Continua.			✓
27	Página 22	Se especifica que una revisión especial de auditoría debe contar con aprobación del Directorio de CAP cuando implique un cambio en el plan anual. Se especifica la comunicación de una Revisión Especial a quienes la hubieren solicitado.			✓
28	Página 27	Se podrá proponer a la contraparte una redacción de planes de acción para controles insatisfactorios o parcialmente satisfactorios que no cumplan con un "entregable" claro e "idóneo". Se amplía el tiempo de entrega del acta de reunión de cierre a 5 días hábiles. Se agrega emisión de "One Page Report" en caso de no emitirse planes de acción para controles evaluados como insatisfactorios. Se agrega proceso referente a la negativa a emitir planes de acción para planes evaluados como parcialmente satisfactorios.			✓
29	Página 29	Se indica que Flash Report puede surgir de un proceso de Auditoría Continua, y que el Gerente de Auditoría evaluará su escalamiento a la Gerencia General conforme al riesgo.			✓
30	Página 30	Se agrega texto para aclarar que la reportabilidad semestral de informes de síntesis de seguimiento, no es excluyente de la presentación de avances trimestrales.			✓
31	Página 31	Se denominan como "No Cumplidos" al nulo avance de planes evaluados como insatisfactorios. Se regula eventual aplicación de prórroga en seguimiento de planes formulados para controles evaluados como parcialmente satisfactorios en caso que su riesgo lo amerite.			✓
32	Página 32	Se agrega Capítulo 8 con descripción del Proceso de Auditoría Continua y Transformación Digital.			✓



## Manual Auditoría Interna Grupo CAP

Fecha: diciembre 2023  
Versión: 2

33	Página 38	Se actualiza Capítulo 9 del Proceso de Lecciones Aprendidas.						✓
34	Página 45	Se actualiza cuadro de Hitos y Porcentaje de Avance.						✓
35	Página 47-48	Se actualiza criterio de Calificación de Opinión del estado del Control Interno del Proceso Auditado.						✓

## 11.-Anexos.

### Anexo 1: Metodología Evaluación de Controles.

Los riesgos asociados a un proceso o sub proceso se mitigan con controles, los que son evaluados considerando su diseño e implementación, como sigue:

**Diseño (Efectividad teórica del Control)**

**Criterios de evaluación según el impacto del fallo.**

Nota	Definición	Descripción	Impacto en las personas	Impacto en el medio ambiente	Impacto en la reputación	Impacto Económico
3	Alta	El diseño del control se estima apropiado a los riesgos inherentes del proceso.				
2	Media	El diseño se estima razonable; sin embargo, se observan debilidades que podrían materializar riesgos con impactos en niveles 1 al 3 (Metodología vigente en Corporativo y/o en Compañías Operativas).				
1	Baja	El control no existe o se estima insuficiente para evitar la materialización de un riesgo con mayores niveles de impacto a los antes indicados.				

**Implementación (Aplicación del control)**

Nota	Definición	Descripción
3	Alta	El control se aplica de la forma planeada, en cuanto a periodicidad establecida y a los responsables del control, facilitando su evaluación periódica.
2	Media	El control tiene algunas fallas en su aplicación (en forma, frecuencia o responsables), que podrían derivar en la materialización de un riesgo con impactos en niveles 1 al 3.
1	Baja	El control no se aplica, y no hay evidencia de controles alternativos que pudieren mitigar riesgos inherentes con impactos superiores a los antes indicados.

**Evaluación; Diseño x Implementación**

**Diseño de Control**

3	6	9
2	4	6
1	2	3

**Implementación**

Satisfactorio	6 o 9
Parcialmente satisfactorio	3 o 4
Insatisfactorio	1 o 2

Cuadro de apoyo de evaluación del Control			
		Si	No
1	Está identificada la causa del evento que materializaría el riesgo Estratégico		
2	El control es reactivo (mitiga el impacto)		
3	El control es preventivo (reduce la probabilidad de ocurrencia del evento)		
4	El control ha fallado alguna vez		
5	El control tiene análisis de costo beneficio		
6	El control opera como fue diseñado		
7	El control apunta a la posible causa del evento		
8	Las personas que operan el control están habilitadas		
9	El control es monitoreado y evaluado periódicamente por sus encargados		
10	El control está automatizado, o bien se puede automatizar		

### CONSIDERACIONES ADICIONALES PARA LA CALIFICACIÓN DEL “DISEÑO DE CONTROL”.

Es usual que una adecuada Metodología de Auditoría Interna, considere en sus evaluaciones tanto el diseño o efectividad teórica, como la aplicación o implementación real de los controles que la administración ha dispuesto para enfrentar los riesgos más significativos que pueden amenazar a sus procesos de negocio, de apoyo o back up, o a sus proyectos de mayor relevancia.

En cualquier marco de buenas prácticas de control interno, se espera que el diseño del control cuente al menos, con las siguientes características:

a) **El Control está formalizado;** Se establece por escrito en procedimientos y prácticas, y se deriva de políticas, directrices u otros lineamientos internos de alto nivel, o bien como resultado de acuerdos suscritos con terceros (contratos o convenios), o de exigencias regulatorias. Por ejemplo; una Boleta de Garantía por fiel cumplimiento del contrato, puede estar establecida expresamente en Contratos de cierta magnitud, para cautelar el derecho del mandante a recibir correctamente los servicios contratados. Por ejemplo; En entidades intensivas en inversiones inmovilizadas, o en materiales y repuestos, los procedimientos de Inventarios Activos Fijos o de Repuestos y Materiales en Bodega deberían constar por escrito.

b) **Suficiencia;** El control es “hábil” para enfrentar el riesgo que se pretende mitigar. Por ejemplo; En un negocio de Retail, probablemente no sería suficiente un diseño que contemple solo inventarios muestrales sobre determinadas tiendas o bodegas. La experiencia y las prácticas de la industria hacen aconsejable tener inventarios completos, tanto de las tiendas como de bodegas y Centros de Distribución. En el caso de la Boleta de Garantía para un contrato de relevancia, el diseño podría ser “insuficiente”, si ella ha sido pactada por el 0,001% del valor del contrato, u otros guarismos muy bajos para las prácticas comerciales comunes. En instalaciones mineras o plantas industriales, especialmente las de mayor antigüedad, no bastará con un modelo de “mantenciones correctivas” de los equipos e instalaciones, y será necesaria una rigurosa planificación del mantenimiento predictivo.

c) **Periodicidad;** Está prevista una determinada “frecuencia de ejecución” que resulta coherente con el tipo de mitigación que se pretende. Claramente no sería una periodicidad adecuada, si se define tomar inventarios de patios o de bodegas 1 vez por año, o inventarios de activos fijos una vez cada 3 años en empresas intensivas en esas inversiones, o si no se establece un seguimiento periódico de las boletas de garantía vigentes cuando se ha establecido que el contratista debe renovarlas anualmente y tener en cuenta la evolución en el monto de los servicios prestados.

d) **Roles y responsabilidades asignadas;** Con los resultados de la ejecución del control, están previstos los roles y responsabilidades exigibles, y son conocidos por sus titulares. O sea, si se han definido inventarios trimestrales de materiales y repuestos, o de productos en proceso o terminados, también se ha definido formalmente como deben ser comunicadas y resueltas las diferencias observadas. Debiera estar claro quién está a cargo de mantener vigentes las garantías contractuales, y cuándo, cómo y a quién debe comunicar las desviaciones que observe.

e) **Segregación de funciones;** En el diseño del control se debe tener en cuenta una razonable oposición de intereses. Ejemplo; El supervisor del inventario de materiales y repuestos en bodega, no debiera ser el Gerente de Operaciones ni un subordinado, como tampoco en el caso de los Inventarios de Propiedad, Planta y Equipos, sino alguien que pueda actuar como “Controller” más interesado en la calidad del “dato de los inventarios disponibles” que en su funcionalidad con las metas operativas, como algún representante de administración y finanzas u otra unidad de 2° línea. Las Boletas de Garantías debieren ser objeto del algún mecanismo de “arqueo”, por ejemplo, por la Tesorería o por la Unidad de Adquisiciones, y no






quedar al solo control de quién haya sido nominado como administrador o responsable del contrato respectivo.

En relación al último punto, es conveniente tener en cuenta el principio básico de reducir al máximo posible las auto aprobaciones. Es decir, no es un buen diseño de control si la misma persona que coloca una orden de compra o adjudica un contrato, es quién también puede aprobarlos en los sistemas, y luego recibir conforme los bienes o servicios asociados a las respectivas compras o contrataciones, para así liberar los pagos correspondientes. Tampoco resultaría apropiado, que la persona encargada de preparar los pagos a proveedores tenga la atribución de aprobar la nómina correspondiente, efectuar la conciliación bancaria y/o realizar ajustes contables en cuentas de banco, por mencionar algunas incompatibilidades que significarían claras debilidades en el sistema de control interno.

**Anexo 2: Hitos y Porcentaje de Avance**

Etapa	Nivel de Avance	Porcentaje Actividad	Avance	Plataforma	GA	JA	AI	AC	
Planificación	1.1	Plan de Auditoría Aprobado (Auditorías Registradas en Modo Planificación con las asignaciones correspondientes incorporando las fechas en que serán realizadas)	5%	5%	GRC	P	S	T	
	1.2	Comunicación de Inicio al Auditado	1%	6%		P	S	T	
	1.3	Reunión de Inicio con los dueños de Procesos	4%	10%		P	P	S	
	1.4	Solicitar 1° Requerimiento Planificación a contrapartes.	3%	13%	GRC	S	P	S	
	1.5	Ingresar los Objetivos de Control (Procesos), Riesgos asociados.	2%	15%	GRC	T	P	S	
	1.6	Determinar Actividades de Control Claves (Verificar existencia de Marcos para incluir en Actividades de control Clave)	2%	17%	GRC	T	P	S	
	1.8	Identificar potenciales pruebas para el desarrollo de Auditorías de Cumplimiento	1%	18%					
	1.9	Identificar potenciales pruebas para el desarrollo de Auditorías Continuas utilizando Software de Analisis de Datos, comunicando al equipo de Auditoría Continua	1%	19%		S	S	P	S
	1.10	Programa de Auditoría revisado con Jefe o Gerente de Auditoría (Incluye recopilación de antecedentes base, aprobación del programa tentativo, análisis de desarrollos realizados por AC para su aplicación en el programa definitivo y registro en plataforma)	2%	21%	GRC	S	P	P	T
	1.11	Presentación del programa. (Alcance preliminar de la Auditoría, una estimación de su duración y los canales de comunicación a utilizar.)	2%	23%		S	P	S	S
	Ejecución	2.1	Programa Aprobado por Gerente de Auditoría y comunicado a los Auditados.	2%	25%		P	P	S
2.2		Evaluar idoneidad del diseño de control (Registro de la evaluación en Plataforma) En caso de evaluaciones disconformes sobre Controles que mitigan riesgos de alto Impacto realizar Flash Report.	3%	28%	GRC	T	S	P	
2.3		Recopilación de antecedente y evidencia existente sobre efectividad de controles claves. (Solicitud de información por cada control Clave en la Plataforma)	3%	31%	GRC	S	S	P	
2.4		1/5 del programa Ejecutado con esquema de aprobaciones en la Plataforma. (Con evidencia de los Papeles de trabajo en Plataforma y potenciales observaciones)	5%	36%	GRC	T	S	P	S
2.5		2/5 del programa Ejecutado con esquema de aprobaciones en la Plataforma. (Con evidencia de los Papeles de trabajo en Plataforma y potenciales observaciones)	5%	41%	GRC	T	S	P	S
2.6		3/5 del programa Ejecutado con esquema de aprobaciones en la Plataforma. (Con evidencia de los Papeles de trabajo en Plataforma y potenciales observaciones)	5%	46%	GRC	T	S	P	S
2.7		4/5 del programa Ejecutado con esquema de aprobaciones en la Plataforma. (Con evidencia de los Papeles de trabajo en Plataforma y potenciales observaciones)	5%	51%	GRC	T	S	P	S
2.8		5/5 del programa Ejecutado con esquema de aprobaciones en la Plataforma. (Con evidencia de los Papeles de trabajo en Plataforma y potenciales observaciones)	8%	59%	GRC	T	S	P	S
2.9		Análisis de resultados y definición de pruebas adicionales aprobadas por el Jefe o Gerente de Auditoría.	3%	62%		T	P	S	S
2.10		Comunicación a contraparte y aplicación de pruebas Adicionales (Con Registro en Programa de Pruebas)	3%	65%	GRC	P	P	S	
2.11		Identificar, consolidar, respaldar, documentar y concluir sobre hallazgos de las revisiones.	5%	70%	GRC	T	P	S	S
2.12		Preparar y Aprobar con Gerente de Auditoría, Pre- Informe con Observaciones, Riesgos y Sugerencias.	4%	74%		P	P	S	S
Cierre	3.1	Reunión de Pre-Cierre, Comunicación a Auditados de Pre-Informe con Plazo para Incluir sus comentarios, planes de acción y acciones específicas, Responsables y Fechas comprometidas.	3%	77%		T	P	S	
	3.2	Validación con Auditados de Informe Preliminar, incluyendo comentarios, planes de acción y acciones específicas, responsables, fechas comprometidas y coherencia entre recomendaciones y planes. Citando a Reunión de Cierre.	2%	79%		T	P	S	
	3.3	Reunión de Cierre con Jerarquía del área Auditada validando Planes de Acción y acciones específicas, Responsables y Fechas comprometidas.	3%	82%		P	P	T	
	3.4	Incorporar sugerencias finales de auditados a Informe Preliminar y Aprobar versión a Despacho.	3%	85%		S	P	T	
	3.5	Enviar Pre-Informe al área Auditada, con Acuerdos alcanzados en la reunión de cierre, junto con el Acta de Cierre.	2%	87%		P	P	T	
	3.6	Obtener confirmación y proceso de firmas de informe con jefatura de área Auditada.	2%	89%		S	P	T	
	3.7	Cerrar y revisar el Informe final, y Preparar Carta y Lista de Distribución.	2%	91%		P	P	T	
	3.8	Informe Final emitido y distribuido	2%	93%		P	S	T	
	3.9	Confección de One Page Report, con revisión y Aprobación del Gerente de Auditoría.	2%	95%		P	P	T	
	3.10	Despacho del One Page Report al Comité de Directores	2%	97%		P	P	T	
	3.11	Verificar coherencia de Informe final con las observaciones en plataforma e incorporar planes de acción y acciones específicas en Plataforma, con programación para notificar a las contrapartes responsables.	3%	100%	GRC	T	P	S	

**Anexo 3: Calificación de Opinión del estado del Control Interno del Proceso Auditado.**

Tipo de observaciones contenidas en informe	Gráfica de distribución de la evaluación de los controles							Opinión sobre el estado del control interno del proceso auditado	Gráfica de Opinión
<p>Todos los controles fueron evaluados como insatisfactorios o superan el 70% del total de las evaluaciones.</p>	✓	☐	✗	✗	✗	✗	✗	<p><b>Insatisfactorio</b> con riesgos de mayores 2 niveles de impacto materializados o latentes ameritando inmediatas medidas de resguardo tales como las que se señalan en cada caso en el presente informe.</p>	
<p>Controles insatisfactorios superan o igualan a los controles evaluados como satisfactorios y a su vez, superan el 60% del total de controles evaluados como parcialmente satisfactorios y satisfactorios.</p>	✓	✓	✓	☐	✗	✗	✗	<p><b>Debilitado</b> que exige prontas medidas de resguardo tales como...</p>	
<p>Controles parcialmente satisfactorios superan o igualan a los controles evaluados como insatisfactorios y/o satisfactorios.</p>	✓	✓	☐	☐	☐	✗	✗	<p><b>Mejorable</b> que requiere ser fortalecido con medidas de resguardo tales como...</p>	
<p>Controles satisfactorios superan a los controles evaluados como insatisfactorios y a su vez, superan 60% del total de controles evaluados como parcialmente satisfactorios e insatisfactorios.</p>	✓	✓	✓	☐	☐	✗	✗	<p><b>Razonable</b> que puede ser fortalecido con medidas de resguardo tales como...</p>	
<p>Todos los controles fueron evaluados como satisfactorios o superan el 70% del total de las evaluaciones.</p>	✓	✓	✓	✓	✓	☐	✗	<p><b>Satisfactorio</b> susceptible de perfeccionarse con medidas de resguardo tales como...</p>	

**Notas:**

1. La opinión quedará siempre supeditada, a la magnitud del impacto evaluado para los riesgos que puedan aparejar impactos de los 2 niveles más altos de la escala utilizada por la compañía (en CAP por ejemplo, al momento de emitir este Manual, son los niveles 4 Severo y 5 Catastrófico), vale decir, una evaluación que por la sola distribución de las observaciones pudiere dar origen a una calificación **Razonable** del Control Interno (nivel 4), puede incluir un riesgo de tan alto impacto estimado (o materializado) que induzca una opinión **Insatisfactoria** (nivel 1) sobre el estado del Control Interno para el proceso auditado.



2. Una Comisión integrada por las jefaturas del área de Auditoría Interna revisará aquellos casos límite entre los ambientes de control con ocasión de la distribución de los tipos de evaluación de control emitidos en el informe, considerando el impacto estimado para las observaciones que implican evaluaciones insatisfactorias de control.
3. Por regla general, el equipo de Auditores deberá tener en cuenta las metodologías de evaluación de riesgo vigentes en la compañía a la que pertenece el proceso, subproceso o entidad auditada, para los efectos de considerar los impactos potenciales de la eventual materialización de un riesgo. No obstante, siempre se deberá considerar la coherencia del análisis con las metodologías de evaluación vigentes en el nivel corporativo, especialmente cuando se entienda que es posible la materialización de un riesgo considerado estratégico por la Gerencia General Corporativa y/o el Directorio de CAP S.A.



Anexo 4: Formato Acta Reunión de Inicio.



AUDITORIA INTERNA CAP  
ACTA REUNIÓN INICIAL

Compañía: XXX

Fecha: XX / XX / XXXX

Hora Inicio:

Hora Termino:

NOMBRE DE LA AUDITORIA:

Auditoría XXXXX”

PARTICIPANTES DEL AREA AUDITADA

Nombre	Cargo	Contraparte	Firma

Identificar con una “X” en la columna “Contraparte” la o las personas nominadas formalmente como tal para esta auditoría.

PARTICIPANTES DEL EQUIPO DE AUDITORIA

Nombre	Cargo	Firma





**Anexo 5: Formato Acta Reunión de Cierre.**



**AUDITORIA INTERNA CAP  
Reunión de Cierre**

<b>Compañía:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Hora Inicio:</b>	<b>Hora Termino:</b>
<b>NOMBRE DE LA AUDITORIA:</b>			

**REPRESENTANTES DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA COMPAÑÍA**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Firma</b>

**REPRESENTANTES DE UNIDAD AUDITORÍA INTERNA**

<b>Nombre</b>	<b>Cargo</b>	<b>Firma</b>

**TEMAS TRATADOS EN LA REUNION**

	SI	NO
• <b>Resumen del desarrollo de la Auditoría.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Inclusión de limitaciones al alcance en Informe de Auditoría.</b>		
• ¿Se explicó cada una de las limitaciones al alcance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Se obtuvo confirmación del área auditada para cada limitación al alcance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Se explicó al área auditada que serán comunicadas a la administración superior? <i>(De existir, deben ser explicitados en la siguiente sección de "Comentarios").</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Revisión de principales recomendaciones de Auditoría y compromisos de acción.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Para cada recomendación propuesta y plan de acción formulado:</b>		
• ¿Se obtuvo la confirmación y acuerdo del auditado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Se confirmaron responsables y plazos para su implantación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Frente a desacuerdos se clarificó logrando consenso? (solo si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De no lograrse consenso ¿Se informó que estas serán escaladas a niveles superiores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ¿Quedó explícito que frente a ciertas recomendaciones el auditado decidió asumir el riesgo y las razones para ello (solo si aplica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Explicación etapas siguientes del Proceso hasta la emisión del Informe final</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• <b>Agradecimiento por la cooperación recibida de las Áreas Auditadas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Nota: De haber comentarios a alguno de estos puntos, explicitarlos en el recuadro siguiente.*



**COMENTARIOS**

**Anexo 6: Formato Programa de Auditoría.**



N° ACINTAC YY-XX-20

# Auditoría Interna CAP

## Programa de Trabajo

“Interrupción Operativa Prolongada no Planificada”

CINTAC



**INDICE**

1.-	INTRODUCCIÓN .....	46
2.-	METODOLOGIA .....	46
3.-	OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA.....	46
4.-	CRITERIOS DE AUDITORIA .....	46
5.-	DURACION Y ACTIVIDADES .....	47
6.-	MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR .....	47
7.-	CONTRAPARTE.....	47
8.-	RESULTADO .....	48
9.-	ANÁLISIS PRELIMINAR DE RIESGOS.....	48
10.-	PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA.....	49

## INTRODUCCION

La presente auditoría corresponde a una evaluación del ambiente de control que la administración de CINTAC ha dispuesto para enfrentar el riesgo de **“Interrupción Operativa Prolongada no Planificada”**, con atención a aquellos procesos, subprocesos y actividades que pudieren verse más amenazados por el citado riesgo. Este trabajo se enmarca en el Plan Anual de Auditoría 2020 definido por la Auditoría Interna de CAP y aprobado en consulta con la Gerencia General de CINTAC S.A., y por el Comité de Directores y el Directorio de CAP S.A.

Se deja constancia que en la definición original del Plan de Auditoría 2020, se contempló la revisión del ambiente de control diseñado para enfrentar el riesgo de “Desabastecimiento de Insumos Críticos”, pero dado el contexto de Pandemia COVID 19, los cambios en el diseño de Gobierno Corporativo de CAP S.A., y los comentarios del Comité de Directores de CINTAC de marzo de 2020, se ha previsto el presente cambio, previa consulta a la Gerencia General de CINTAC S.A.

Esta revisión se desarrollará en base a un enfoque de riesgos, que oriente la programación del trabajo en función de aquellos controles más relevantes para la compañía, en la mitigación del riesgo identificado.

A continuación se detalla el programa de trabajo estructurado de acuerdo a lo señalado.

## METODOLOGIA

El programa de trabajo se definió con especial atención a la “Ficha de Riesgo” preparada por la administración de CINTAC conforme a la metodología del Marco Corporativo de Gestión de Riesgos de CAP S.A. 2020, orientada a la identificación de causas y consecuencias del riesgo identificado, los procesos, subprocesos y controles mayormente desafiados por el citado riesgo, el que sustentaría el diseño de nuevos planes de acción, cuando los controles vigentes no resguardan el apetito de riesgo corporativo.

## OBJETIVO Y ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Esta auditoría tiene por objetivo emitir una opinión acerca del **ambiente de control interno**, especialmente en lo que respecta a las actividades y diseños de control establecidos por la administración y considerados clave para enfrentar el citado riesgo, así como por su grado de consistencia y alineamiento con principios y normativas internas y/o externas aplicables a CAP S.A. y/o sus filiales, con un enfoque incluyendo pero no limitado a:

- Diseños de control previstos por la administración CINTAC para enfrentar escenarios de emergencia operacional por causas no planificadas.
- Políticas, procedimientos y controles establecidos para resguardar el abastecimiento de insumos críticos frente a escenarios de emergencia o interrupción operacional.
- Planes para la disposición de inventarios de productos terminados que resguarden el cumplimiento de compromisos comerciales con terceros en escenarios de emergencia o interrupción operacional.
- Planes y procedimientos de emergencia, contención y recuperación.
- Configuración de brigadas de emergencia, comités y otras instancias establecidas frente a la contingencia.
- Prácticas, contrataciones y controles establecidos para la debida continuidad de la Seguridad y Prevención Industrial frente a escenarios de emergencia o interrupción operacional.
- Perfeccionamientos incorporados a estas prácticas, procedimientos, controles e instancias, con ocasión de COVID 19 y sus evidencias de implementación.

## CRITERIOS DE AUDITORIA

Los principales criterios que se utilizarán como referencia frente a la evidencia de la auditoría serán:

- Principios y Políticas del grupo CAP en el ámbito del Riesgo Identificado.

- Políticas, lineamientos, planes, procedimientos y/o metodologías establecidas por CINTAC S.A., aplicables a los procesos y controles auditados, en el marco de influencia del riesgo identificado.
- Manual de Aprobaciones, Poderes de Representación y Actas del Directorio de CINTAC.
- Manual de Crisis, Plan de Continuidad Operaciones, Planes de Emergencia, Planes de Recuperación de Desastres, según corresponda.
- Normativa legal, contable y tributaria, si aplica.
- Informes de gestión emitidos por la administración en el marco del riesgo identificado.
- Contratos con terceros.
- Matriz / Fichas de Riesgo que identifican los controles aplicables.

### **DURACION Y ACTIVIDADES**

El presente trabajo tiene planificado una duración aproximada de 6 semanas contadas desde la reunión de inicio o la instancia que la reemplace, y hasta la fecha en que se hace entrega al área auditada del informe preliminar de auditoría, conteniendo las observaciones de auditoría validadas con el equipo auditado. A contar de ello, la administración dispondrá de un plazo a definir, pero no superior a 7 días hábiles, para incorporar al informe, sus comentarios, planes de acción, plazos y responsables comprometidos, en consistencia con la Metodología de Auditoría Interna. Los atrasos de la administración en la entrega de los requerimientos de la Auditoría se adicionarán al plazo estimado.

Para alcanzar los objetivos del presente trabajo, se realizarán las siguientes actividades:

- Reuniones y entrevistas, virtuales o presenciales, con ejecutivos y supervisores, técnicos u operadores vinculados a los procesos en revisión.
- Lectura de políticas y procedimientos, normativa interna, externa y corporativa vigente relativa a los procesos, subprocesos y/o actividades propietarias de los controles y mitigaciones relevantes para el riesgo identificado.
- Lectura de contratos y sus anexos, cuando corresponda.
- Lectura del Manual de Alcance de Facultades, Manual de Autoridad y/o Guía de Delegación, u otros que definan la toma de decisiones en CINTAC, así como de los Poderes de Representación ante terceros.
- Lectura de los incidentes y/o no conformidades declarados por CINTAC, en el marco de los controles sujetos a revisión.
- Lectura de informes de gestión mapas o flujogramas de procesos, cuando corresponda.
- Revisión de muestras y obtención de evidencias documentales.
- Consultas directas en el sistema transaccional de CINTAC (SAP – otros si aplica).

Dentro del período de trabajo se realizará, en cuanto el contexto lo permita, una visita a instalaciones para un mejor entendimiento de los procesos donde se aplican los controles auditados, sostener reuniones con los respectivos responsables y evidenciar prácticas de control vigentes.

Principalmente, durante el desarrollo de la auditoría, se estima la realización de video conferencias y teletrabajo, cuyo objetivo será revisar las observaciones levantadas y/u obtener aclaraciones requeridas.

### **MIEMBROS DEL EQUIPO AUDITOR**

Auditora Interna : Macarena Liberona.  
Jefa de Auditoría : Ivón González.  
Gerente de Auditoría : Joaquín Pérez.

### **CONTRAPARTE**

Gerente de Finanzas : Eusebio Sagardía.  
Gerente Comercial : Mauricio Maturana. Subgerente de Operaciones : Gabriel Oviedo.

Subgerente de Personas : Isidro Arratia.

El equipo contraparte se entiende como un equipo coordinador que tiene autoridad suficiente para delegar en otro personal de CINTAC, la atención de determinados requerimientos de auditoría.

### RESULTADO.

Los resultados de esta revisión se entregarán en una primera instancia en carácter de Preliminar mediante presentación al equipo contraparte para configurar una Minuta de Acuerdos y Compromisos de Acción, para su posterior formalización en un informe final resumido, el cual contendrá las conclusiones derivadas de las pruebas realizadas en la forma de una opinión sobre el ambiente de control interno, observaciones sobre debilidades de control y su calificación, riesgos identificados si fuere el caso, y recomendaciones de auditoría.

El informe también incluirá los planes de acción diseñados por la administración con el fin de implementar mejoras de control estimadas procedentes en función de las recomendaciones de Auditoría Interna.

Si durante el desarrollo de la revisión se observaren oportunidades de mejora, en relación a controles evaluados como satisfactorios, ellas serán igualmente incluidas en este informe, para que la administración quede en libertad de diseñar e implementar, si lo estima conveniente, las respectivas mejoras.

### ANÁLISIS PRELIMINAR DE RIESGOS.

En base al análisis realizado por la administración de CINTAC sobre el potencial crítico del **Riesgo de Interrupción Operativa Prolongada no Planificada y las principales mitigaciones dispuestas al efecto**, y considerando la experiencia previa en revisión de procesos y riesgos similares, identificamos en forma preliminar los siguientes subprocesos, objetivos de control, y otros potenciales riesgos vinculados:

Proceso - Subproceso	Descripción del objetivo de control	Descripción del riesgo	N°
Suministro de Insumos Críticos.	Aseguramiento de la continuidad operacional conforme a compromisos de producción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial pérdida económica.</li> <li>Potencial deterioro reputacional por incumplimiento de compromisos comerciales.</li> </ul>	1
Planes de Emergencia, contención y recuperación.	Organización preparada para enfrentar la emergencia minimizando improvisación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial pérdida económica.</li> <li>Accidentabilidad del Personal.</li> </ul>	2
Seguridad y Prevención Industrial.	Controles de seguridad industrial continúan operativos frente a emergencias de importancia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accidentabilidad del personal.</li> <li>Potencial deterioro reputacional.</li> </ul>	3
Gestión de la Liquidez	Mitigaciones y reservas de liquidez para enfrentar períodos de depresión del negocio y su recaudación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial afectación patrimonial y/o reputacional por interrupción de la cadena de pagos.</li> </ul>	4

**PROCEDIMIENTOS DE AUDITORÍA.**

Para obtener las evidencias pertinentes, se efectuarán las pruebas que más abajo se indican en el programa de trabajo tentativo. Las pruebas podrían modificarse, eliminarse y/o agregarse otras, de acuerdo a los hallazgos que se observe durante el desarrollo de las actividades de auditoría, pero siempre dentro o partir del alcance definido.

Proceso - Subproceso	Descripción de objetivo de control	Descripción del Riesgo	N°
Suministro de Insumos Críticos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aseguramiento de la continuidad operacional conforme a compromisos de producción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial pérdida económica.</li> <li>Potencial deterioro reputacional por incumplimiento de compromisos comerciales.</li> </ul>	1

Plan de Trabajo.

- Solicitar y revisar documentación contractual pertinente a la provisión de energía eléctrica.
- Verificar para una muestra la consistencia de las tarifas cobradas con las condiciones pactadas.
- Solicitar procedimientos de control y/o monitoreo de administración sobre el suministro y tarifas pactadas, y evidenciar controles.
- Solicite información de fallas en el suministro de energía, de los últimos años móviles (al 30 de junio de 2020), y de las medidas de contingencia que en cada caso fueron dispuestas, si aplica. Determine si se conservan registros de incidentes y lecciones aprendidas.
- Verificar la existencia de equipos electrógenos de respaldo, sus permisos vigentes, condiciones de operación, y últimas revisiones y/o mantenciones si aplica.
- Determinar los insumos y materiales críticos para la producción de las plantas CINTAC Santiago (agua, combustible, pentano, gas), solicite los planes de abastecimiento de los mismos para 2020, y verifique su cumplimiento durante el ejercicio.
- Solicitar a la administración las medidas adoptadas para cautelar el abastecimiento de dichos insumos y materiales con ocasión de la Pandemia del Covid 19, y evidenciar gestiones realizadas para su implantación.
- Solicitar los parámetros de quiebres de stock (crítico / mínimo) para dichos insumos y materiales y verifique los niveles de stock de cierre mensual en sistema para los meses del primer semestre de 2020.
- Verificar si en el ERP se han definido repuestos críticos para cautelar la continuidad de la producción y verificar definición y cumplimiento de políticas de stock mínimo para tales repuestos.
- Verificar la existencia de políticas sobre stock mínimo de productos terminados para resguardo de compromisos comerciales y evidenciar su cumplimiento durante los meses del último año móvil.
- Verificar si la compañía ha configurado un grupo de "Proveedores Críticos" con vinculaciones comerciales reforzadas que aseguren el aprovisionamiento. Indagar sobre este aprovisionamiento crítico en el último año móvil.
- Solicitar documentación de diseño y avance de plan de Recirculación de Agua de Pozo, que la administración habría definido para generar ahorros de energía y agua de napa subterránea. Si aplica, verificar la solicitud de permisos requeridos, y evidenciar puesta en marcha y eventual evaluación de resultados.

Proceso - Subproceso	Descripción de objetivo de control	Descripción del Riesgo	N° Riesgo
Planes de Emergencia, contención y recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organización preparada para enfrentar la emergencia minimizando improvisación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potencial pérdida económica.</li> <li>Accidentabilidad del Personal.</li> </ul>	2

Plan de Trabajo.

- 1 Verificar formalización, aprobación, y actualización del Plan de Emergencias.
- 2 Recabar evidencias disponibles de actividades más recientes de su difusión entre el personal relevante.
- 3 Solicitar análisis de riesgos efectuados por la administración para la configuración del Plan de Emergencias.
- 4 Verificar la asignación de roles y responsabilidades en el Plan de Emergencias, incluyendo personas e instancias como la eventual constitución de Comités, si aplica.
- 5 Verificar constitución del Comité de Emergencia, y documente su funcionamiento, y si aplica, el cumplimiento de requisitos establecidos para sus integrantes.
- 6 Solicitar y revisar procedimiento de actuación frente a emergencias, determine controles clave que dispone y solicitar evidencias de su aplicación.
- 7 Documentar acciones de entrenamiento en plan y/o procedimiento de emergencias para el personal clave.
- 8 Indagar sobre la configuración de brigadas de emergencia (equipos de acción en terreno), y si aplica, verifique cumplimiento de requisitos establecidos para sus integrantes. Observe prácticas de regularización de contratos laborales.
- 9 En caso de ser procedente, verificar la identificación de equipamiento crítico para el comité y/o las brigadas, y documente su efectiva disposición.
- 10 Verificar si se formalizan actividades de coordinación con instituciones de emergencia (Plan de Emergencia).
- 11 Verificar si se consideran lineamientos de comunicación con el nivel corporativo (Gestión de Crisis), si aplica. Identifique controles o evaluaciones establecidas para definir eventual escalamiento de información (Información Pública / Vocerías).
- 12 Verificar si se han efectuado modificaciones en el Plan / Procedimiento de Emergencias con ocasión de COVID 19, identificar controles clave y solicitar evidencias para documentar su aplicación.
- 13 En caso de configuración de Comité para enfrentar pandemia COVID 19, solicite Actas u otras evidencias de funcionamiento.
- 14 Verificar, para una muestra dada, la ejecución de decisiones adoptadas por el Comité antes aludido.
- 15 Indagar sobre la formalización de un Plan de Recuperación de Desastres. Confrontar con la Memoria / Reporte de Sustentabilidad, según aplique, para identificar información que la compañía comparte con el público en lo relativo a su gestión de continuidad y recuperación ante potenciales desastres.
- 16 Solicitar planes de inversión 2020 llevados a Directorio relacionados con las medidas de mitigación y/o recuperación frente a potenciales desastres. Documente el nivel de detalle con que estas iniciativas fueron presentadas al Directorio.

Proceso - Subproceso	Descripción de objetivo de control	Descripción del Riesgo	N° Riesgo
Seguridad y Prevención Industrial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controles de seguridad industrial continúan operativos frente a emergencias de importancia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidentabilidad del personal.</li> <li>• Potencial deterioro reputacional.</li> </ul>	<b>3</b>

Plan de Trabajo.

- 1 Verificar vigencia de afiliación a organismo administrador de la ley 16.744 sobre seguro social obligatorio frente a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Evidenciar certificado de afiliación al organismo administrador.
- 2 Evidenciar la vigencia de los seguros y su cobertura sobre el personal pertinente. Identificar las prácticas de comunicación y flujos de información con el organismo administrador.
- 3 Documentar vigencia de contratos de servicios técnicos de apoyo para respuesta frente a accidentes químicos y/o frente a exposición a productos registrados como de riesgo sea para las personas o para el medioambiente.
- 4 Documentar, para una muestra, los controles establecidos para la recepción conforme de los servicios recibidos, y los pagos pertinentes conforme a las condiciones contractuales.
- 5 Si aplica, documentar la vigencia de permisos para el almacenamiento de materiales – residuos peligrosos, revisar condiciones exigibles de almacenamiento y solicitar evidencias para documentar su cumplimiento. Verificar la disponibilidad de prevencionista de riesgo durante la emergencia (COVID 19), y documentar las tareas de supervisión que realiza en las instalaciones de planta.
- 6 Verifique la vigencia de procedimientos de operación y seguridad en plantas, y los controles clave que el prevencionista realiza para cautelar su debida aplicación.

- 7 Verificar si dichos procedimientos han sido modificados para integrar prácticas frente a COVID 19, y solicitar evidencias para documentar su aplicación.
- 8 Solicitar las pólizas de seguro vigentes para enfrentar situaciones de emergencia o catástrofe en protección de las personas y los bienes de la compañía, y verificar el cumplimiento de condiciones por parte de la compañía para cautelar su cobertura.
- 9 Verificar la existencia de planes de acción para el retorno post pandemia relacionados a prevenir factores psicosociales que puedan incidir en la accidentabilidad.

Proceso - Subproceso	Descripción de objetivo de control	Descripción del Riesgo	N° Riesgo
Gestión de la Liquidez	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitigaciones y reservas de liquidez para enfrentar períodos de depresión del negocio y su recaudación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial afectación patrimonial y/o reputacional por interrupción de la cadena de pagos.</li> </ul>	<b>4</b>

Plan de Trabajo.

- 1 Indagar sobre la existencia de una Política de Liquidez y su nivel de aprobación. Si procede, verificar Acta de Directorio o Comité donde se hubiere aprobado.
- 2 Confirmar si de acuerdo a Políticas, la compañía mantiene reservas o fondos de liquidez para enfrentar eventuales períodos de depresión del negocio. Si procede, verificar que los instrumentos invertidos en estas reservas o fondos tienen las características definidas.
- 3 Indagar y efectuar validaciones sobre las fuentes de información que sustentan los índices de solvencia y liquidez calculados y monitoreados por la Compañía (Razón corriente, Razón de prueba acida, Razón del disponible, Rotaciones y otros que estén definidos a estos efectos).
- 4 Indagar sobre la presentaciones periódicas a la Gerencia General o a comités de administración, de los indicadores monitoreados para cautelar la solvencia y liquidez del negocio.
- 5 Si estuviere definido un Comité de alto nivel (directores y/o administración) con responsabilidades de supervisión de la liquidez, indagar acerca de la definición de estatutos de funcionamiento.
- 6 Solicitar y analizar los procedimientos y controles existentes para la confección de las proyecciones de flujos de caja de corto, mediano y largo plazo, según corresponda.
- 7 Verificar existencia de escenarios de stress en las proyecciones de flujos de caja usualmente mantenidos por la administración.
- 8 Verificar si existen lineamientos de acción a seguir en caso de se cumplan ciertos escenarios de contracción severa en los indicadores de solvencia / liquidez monitoreados, e indagar sobre su eventual aplicación en los últimos 2 años móviles. Indagar sobre ajustes realizados a dichos escenarios con ocasión de la Pandemia de COVID 19.
- 9 Indagar sobre la estructura funcional para la administración del riesgo de liquidez, con énfasis en roles y responsabilidades del personal asociado a esta actividad, y si existen controles cruzados en las decisiones sobre inversiones líquidas.
- 10 Indagar sobre las prácticas de reporte a Comité de Directores / Directorio del monitoreo de la solvencia / liquidez del negocio, y verificar su reflejo en las actas de Directorio de los años 2019 y 2020.

<b>Preparado por</b> Macarena Liberona  Fecha: 10/07/2020	<b>Revisado por</b> Ivón González  Fecha: 16/07/2020	<b>Aprobado por Gerente Auditoria</b> Joaquin Pérez  Fecha: 23/07/2020
--	---	---



**Anexo 7: Formato Anexo de Informe con Evaluación de Controles.**

**\*El siguiente cuadro muestra un ejemplo de evaluación a diversos controles\***

N°	Observación	Diseño	Implementación	Resultado
		Control (1)	Control (2)	≡(1*2)
1	Control Asociado	2 Media	1 Baja	2 
2	Control Asociado	2 Media	1 Baja	2 
3	Control Asociado	1 Baja	1 Baja	1 
4	Control Asociado	2 Media	2 Media	4 
5	Control Asociado	1 Baja	2 Media	2 
6	Control Asociado	1 Baja	2 Media	2 
7	Control Asociado	3 Alta	3 Alta	9 

Descripción del control Evaluado



En cada control evaluado, el equipo auditor explicará cómo está diseñado e implementado en la compañía. En caso de que no exista diseño “formal” de un determinado control considerado relevante para la gestión y control de los riesgos observados a la luz de un marco de buenas prácticas de control interno (como COSO), se considerará que el diseño falla asignando una calificación mínima en la dimensión de diseño. La evaluación del auditor también deberá considerar e informar en este anexo, la forma en que el diseño y/o la implementación podrían mejorar la situación observada en la compañía.

**Anexo 8: Tipología de Observaciones.**

**AUDITORIA INTERNA CAP**  
**Tipología de Observaciones recurrentes.**

TIPOS OBSERVACIÓN	EJEMPLOS
<b>Compras y Contratos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asignaciones directas sin justificación suficiente.</li> <li>- Falta de revisión de antecedentes a contratistas.</li> <li>- Partición de pedidos de compras.</li> <li>- Fallas en revisión de estados de pago.</li> </ul>
<b>Políticas y Procedimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexistencia de políticas necesarias para la operación.</li> <li>- Falta o desactualización de procedimientos de operación.</li> <li>- Procedimientos inconsistentes con políticas superiores.</li> <li>- Controles establecidos en procedimientos no operan.</li> </ul>
<b>Atribuciones y Poderes de Representación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de Manual de Facultades o de Autoridad.</li> <li>- Contratos suscritos por personas sin representación.</li> <li>- Inconsistencia entre autoridad formal y sistemas información.</li> <li>- Autorizaciones al margen del Manual de Facultades.</li> </ul>
<b>Gestión de Personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripciones de cargo sin actualizar.</li> <li>- Falta de evaluaciones de desempeño.</li> <li>- Diferencias en el pago de finiquitos.</li> <li>- Nóminas de pago sin controles de calce.</li> </ul>
<b>Seguridad de la Información y Ciberseguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de respaldo de información crítica.</li> <li>- Sistemas sin actualización por el proveedor.</li> <li>- Desactualización de antivirus.</li> <li>- Accesos vigentes para usuarios desvinculados.</li> <li>- Súper usuarios sin justificación suficiente.</li> </ul>
<b>Gobierno Corporativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de directorio sin firmas.</li> <li>- Sesiones de comités no evidenciadas.</li> <li>- Operaciones con partes relacionadas no revisadas.</li> <li>- Inducción de directores no evidenciada.</li> </ul>
<b>Gestión Comercial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrato de venta sin cláusulas de resguardo.</li> <li>- Ineficiente gestión de reclamo de clientes.</li> <li>- Notas de débito no formuladas.</li> </ul>
<b>Gestión de Riesgo y Cumplimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapas de riesgo inexistentes o desactualizados.</li> <li>- Incumplimiento regulatorio.</li> <li>- Conflictos de interés no declarados.</li> <li>- Insuficiente debida diligencia de contraparte.</li> <li>- Evaluación de riesgos no apegada a lineamientos.</li> </ul>
<b>Gestión de Inventarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faltantes observados en Inventario físico.</li> <li>- Listado de inventario desactualizado.</li> <li>- Frecuencia insuficiente en el inventario físico.</li> </ul>
<b>Fraudes e Irregularidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Boletas o facturas ideológicamente falsas.</li> <li>- Apropiación indebida de fondos.</li> <li>- Soborno entre privados.</li> <li>- Falsificación de Estados Financieros.</li> </ul>

**Anexo 9: Configuración de Indicadores de gestión.****Indicadores Gestión Auditoría Interna CAP**

Fecha:	III Trimestre 2020	Número / Monto
<b>1. Gestión y control de riesgos.</b>		
N° Observaciones controles insatisfactorios / N° total observaciones		
N° Observaciones controles parcialmente satisfactorios / N° total observaciones		
N° Observaciones controles satisfactorios / N° total observaciones		
N° de Planes de acción administración / N° de observaciones de auditoría		
N° Observaciones con medición impacto económico / N° total observaciones		
<b>2. Planificación y ejecución de auditorías.</b>		
Revisiones finalizadas / revisiones planificadas		
Revisiones en curso / revisiones planificadas		
Revisiones pendientes / revisiones planificadas		
Revisiones desechadas o diferidas año siguiente / revisiones planificadas		
<b>3. Asesoramiento y revisiones extraordinarias.</b>		
Trabajos de asesoramiento o consultoría efectuadas (Semestre - Año)		
N° de trabajos no planificados / N° total de trabajos planificados (año)		
Horas auditor en trabajos no planificados / Horas totales auditores año		
Horas auditor externalizadas / Horas totales año auditoría interna		
<b>4. Seguimiento de planes acción.</b>		
N° Planes efectivamente implementados en el año		
N° de Planes implementados / N° de planes revisados		
N° Implementaciones / N° planes para controles insatisfactorios		
N° Implementaciones / N° planes para controles parcialmente satisfactorios		
Beneficios cuantificados derivados de la implementación de planes de acción		

Anexo 10: Reporte de una Página



INFORME DE UNA PÁGINA / AUDITORÍA INTERNA CORPORATIVA  
Auditoría

N° 11\_08\_2021  
24 de septiembre de 2021

**Destacado**

**Objetivo**  
Emitir una opinión acerca del ambiente de control interno relativo a los procesos incidentes en la implementación de la estrategia de fortalecimiento

**Alcance**  
La revisión contempló el diseño e implementación de la citada estrategia, incluyendo la verificación de su adecuación para la confiabilidad de las cifras reportadas en los informes financieros y de gestión.

**Procesos incluidos en la revisión:**  
•Definición e implementación de Estrategia Financiera.  
•Estrategias de Optimización Organizacional.

**Antecedentes**  
• Este trabajo se enmarca en el Plan Anual de Auditoría 2021, aprobado por el Directorio de CAP S.A. en su sesión del 28 de enero de 2021.  
  
• No se tiene registro de un trabajo anterior a estos procesos er. por parte de la Auditoría Interna de CAP.

**Limitación al Alcance**  
Este trabajo no presentó limitaciones al alcance.



Observaciones de Auditoría- Planes de Acción de la Administración

Los hallazgos de este informe fueron revisados con la , cuyos responsables formularon los respectivos planes de acción, de los cuales destacamos:

**1. Se requiere fortalecer el seguimiento**

Recomendación:

Planes de Acción:

**2. Oportunidad de fortalecer el registro**

Recomendación:

Planes de Acción:

**3. Debilidades en el proceso**

Recomendación:

Planes de Acción:

**5. Falta de Procedimientos para**

Recomendación:

Planes de Acción:

**6. Es necesario revisar y promover**

Recomendación:

Planes de Acción:

Nota: El informe completo contiene todos los comentarios, incluyendo el relativo a controles satisfactorios, y los planes de acción adoptados por la administración para las observaciones de la auditoría.

**Anexo 11: Hitos y porcentajes de avance en el desarrollo de controles analíticos.**

Etapa	Nivel de avance	Porcentaje actividad	Avance
Objetivo	Definir el objetivo del control analítico	10%	10%
	Definir el proceso donde están insertos los controles que se quieren desafiar	10%	20%
	Identificar fuente(s) de información para la obtención de los datos	5%	25%
	Definir criterios de excepción y materialidad	10%	35%
Factibilidad	Realizar Análisis de costo/oportunidad	10%	45%
	Verificar acceso a fuente(s) de información para la extracción de datos por ACL Analytics	5%	50%
Diseño	Mapear fuente de información (sistema, tablas, campos)	10%	60%
	Generar modelo de análisis de datos	15%	75%
Desarrollo	Desarrollo del modelo en ACL Analytics	10%	85%
Pruebas	Generar pruebas de calidad equipo Auditoría Continua (ajuste de criterios y mejoras)	5%	90%
	Generar pruebas de calidad equipo Auditoría (ajuste de criterios y mejoras)	5%	95%
Liberación a producción	Habilitar control en Diligent Highbond	2,5%	97,5%
	Definir frecuencia de ejecución para incluir en plan	2,5%	100%

**Anexo 12: Hitos y porcentajes de avance en la gestión de los controles analíticos.**

Etapa	Nivel de avance	Porcentaje actividad	Avance
Preparación de los datos	Revisar la estructura de la salida del analítico	1%	1%
	Validar consistencia de la data	1%	2%
Procesamiento de los datos	Aplicar criterios, filtros y/o reglas de negocio	6%	8%
	Obtener muestra representativa del universo de datos (cuando son conjuntos de datos de gran tamaño)	4%	12%
Identificación de los potenciales hallazgos	Obtener datos outliers (potenciales hallazgos).	14%	26%
	Complementar análisis con información y/o apoyo adicional	29%	55%
validación de los potenciales hallazgos	Levantar situaciones observadas, sustentadas por evidencia en data o documentación	15%	70%
	Generar recomendaciones en base a buenas prácticas, estándares o procedimientos	10%	80%
Organización del análisis	Generar listado de casos a revisar con la contraparte	6%	86%
	Preparar indicadores y gráficas para W-Report y presentaciones	4%	90%
Comunicación del análisis	Generar W-Report	6%	96%
	Generar láminas para presentaciones (avance de Auditoría Continua).	4%	100%

Anexo 13: W-Report de Auditoría Continua

**W-REPORT AUDITORIA CONTINUA**

**Validación de debida diligencia en Compliance Tracker para proveedores creados en SAP**

**Objetivo:**

Verificar si los proveedores/acreedores creados en SAP en un período determinado han sido objeto de consulta de debida diligencia en Compliance Tracker (CT). Además, incluye las compras gestionadas en el mismo período de la consulta para cuantificar el monto que no estaría cubierto por el control de debida diligencia.

**Compañía:**  
**Grupo CAP (Chile)**

**Período:**  
Abril a Junio 2023

**Criterios de materialidad:**

- Para el caso de empresas o socios comerciales nacionales, solo se valida búsquedas en Compliance Tracker (CT) por Nombre y RUT.
- En el caso de proveedores extranjeros se valida manualmente por Nombre.
- Para cuantificar la cobertura de debida diligencia en las compras solo se consideran pedidos y contratos que estén aprobados, para resguardar que se aplique a aquellos negocios que efectivamente se materializarán.
- Las empresas del Grupo ubicadas en Perú no están consideradas en este análisis.

Proveedores creados SAP

Proveedores verificados en CT

**DĐ: Debida Diligencia**

<b>Proveedores/acreedores creados en SAP: 1.142</b>
<b>Proveedores habilitados para compras: 1.052</b>
<b>Cantidad de pedidos de compra emitidos: 472</b>
<b>Monto pedidos de compra (kUSD)</b>
<b>30.547,0</b>

**Situaciones observadas derivadas de los resultados:**

- El cumplimiento trimestral de debida diligencia para proveedores/acreedores aumentó en 5,6 puntos porcentuales (de 27,1% a 32,7%) respecto al trimestre anterior.
- El cumplimiento de debida diligencia para proveedores habilitados para compras aumentó en 4,2 puntos porcentuales (de 29,8% a 34,0%) respecto al trimestre anterior.
- De 472 documentos de compra emitidos, 220 (46,6%) pertenecen a proveedores verificados en CT.
- El 90,4% (KUSD 27.627,0) del monto total colocado en documentos de compra (kUSD 30.547,0) estaría cubierto por un proceso de debida diligencia aplicado en Compliance Tracker, indicando que las compañías están evaluando proveedores de compras que pudieran ser estratégicas, críticas o relacionadas con un contrato marco.
- Las compañías que lideraron por su cumplimiento trimestral son CSH (85,7%), AGUAS CAP (72,2%) y CAP (72,0%).
- Puerto Las Losas (58,8%) y CMP (60,8%) presentan un indicador cumplimiento inferior al trimestre anterior en 14,9 y 12,1 puntos porcentuales, respectivamente, indicador que requiere ser mejorado para retomar los altos niveles de cumplimiento alcanzados en el pasado.
- TECNOCAP mantiene un indicador de cumplimiento trimestral bajo (11,5%), explicado por la creación de acreedores que corresponden a empresas generadoras a las cuales se debe pagar el ITE (Ingresos Tarifarios de Energía) por mandato del Coordinador Eléctrico Nacional (CEN); por ende, no representarían a proveedores relacionados a un servicio o bien contratado.
- El indicador del Grupo CINTAC es de 11,6%, muy apalancado al bajo cumplimiento de PROMET (5,9%) y CINTAC SAIC (18,1%). Cabe destacar que la Administración de CINTAC S.A. tiene un plan de acción comprometido con Auditoría CAP, que permitiría alinear a las compañías del grupo Cintac en el fortalecimiento del proceso de debida diligencia. Lo anterior debiese reflejar un cambio positivo de sus indicadores de cumplimiento durante el último trimestre del presente año.
- IMOPAC (10,3%) presentó una mejora de 7,4 puntos porcentuales respecto al trimestre anterior, pero aún muy bajo respecto a CMP (su empresa matriz).

**Recomendaciones:**

- Reforzar en todas las compañías que los proveedores (nacionales) con proceso de compra en SAP (módulo MM), y otros acreedores cuyos pagos se gestionan directamente en el módulo de finanzas (acreedores empleados, por ejemplo), deben verificarse por Nombre y RUT en Compliance Tracker, ya que permite que la búsqueda del potencial proveedor/acreedor sea exacta, lo mismo que proveedores que efectuaron cambio de razón social. En el caso de los proveedores extranjeros, se debe validar por el nombre.
- En el caso de TECNOCAP, aplicar procedimiento para evaluar masivamente en Compliance Tracker a acreedores relacionados con el pago de ITE requerido por el CEN.

Auditoría Continua | Gerencia Corporativa de Auditoría Interna | cap\_auditoria\_continua@cap.cl

Limitación de uso: Informe estrictamente confidencial, de uso interno de la Dirección del Grupo CAP, y no debe divulgarse al exterior sin autorización escrita del Gerente Corporativo de Auditoría Interna.

**W-REPORT AUDITORIA CONTINUA****Acceso a SAP de personal desvinculado.**

Diseño de acciones de mejora por parte de la Administración:

El objetivo de esta sección es detallar las acciones de mejora a realizar por la administración para las recomendaciones formuladas por la auditoría.

Se deben incorporar los comentarios de la administración y el plan de acción a implementar, con su responsable y fecha de ejecución.

**Comentarios de la Administración**

Plan de Acción	Responsable	Fecha de Solución

Auditoría Continua | Gerencia Corporativa de Auditoría Interna | cap\_auditoria\_continua@cap.cl

*Limitación de uso: Informe estrictamente confidencial, de uso interno de la Dirección del Grupo CAP, y no debe divulgarse al exterior sin autorización escrita del Gerente Corporativo de Auditoría Interna.*



Anexo 14: Detalle de flujo del Proceso de Auditoría

**PROCESO DE AUDITORÍA**

