

Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20191020167933



Fecha: 31-10-2019

**MEMORANDO**

Bogotá D.C

**PARA: Dr. LOUIS FRANCOIS KLEYN LOPEZ**  
Presidente**Dr. DIEGO ALEJANDRO MORALES SILVA**  
Vicepresidente de Planeación, Riesgos y Entorno**Dr. LUIS EDUARDO GUTIERREZ DIAZ**  
Vicepresidente de Gestión Contractual**Dr. CARLOS ALBERTO GARCIA MONTES**  
Vicepresidente Ejecutiva**Dr. FERNANDO AUGUSTO RAMÍREZ LAGUADO**  
Vicepresidente Jurídico**Dra. DIANA CECILIA CARDONA RESTREPO**  
Vicepresidente de Estructuración (E)**Dra. ELIZABETH GOMEZ SANCHEZ**  
Vicepresidente Administrativa y Financiera**DE: GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO**  
Jefe Oficina de Control Interno**ASUNTO:** Informe de auditoría correspondiente a la gestión de la administración de riesgos en la ANI.

Respetados doctores

La Oficina de Control Interno, en el mes de octubre de 2019, realizó la auditoría asociada a la gestión de la administración del riesgo de la Entidad.

Las conclusiones se describen en el capítulo 7 del informe que se anexa a la presente comunicación, con el fin de coordinar las acciones tendientes a la atención de las no conformidades y recomendaciones realizadas.

De acuerdo con lo previsto en el literal g del art. 4º y los literales h, j y k del artículo 12 de la Ley 87 de 1993, se envía copia de este informe a las dependencias involucradas, con el fin de que se formule el plan de mejoramiento correspondiente a la no conformidad contenida en el documento adjunto, en consideración a la necesaria documentación de respuesta a través de la adopción de

La movilidad  
es de todos

Mintransporte





Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20191020167933



Fecha: 31-10-2019

## MEMORANDO

medidas preventivas y/o correctivas procedentes para lo cual el término recomendado es de treinta (30) días calendario contados a partir de la radicación.

Para estos efectos, se recomienda aplicar la metodología para el análisis de causas (SEPG-I-007) adoptada por la Entidad, con el fin de identificar adecuadamente la causa raíz de la situación presentada y generar las acciones pertinentes en el formato de acción correctiva (SEPG-F-019) y anejarlo a la respuesta del plan propuesto.

Cordialmente,

**GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO**

Jefe Oficina de Control Interno

Anexos: 14 folios

cc: 1) DIEGO ALEJANDRO MORALES SILVA (VICE) Vicepresidencia de Planeacion Riesgos y Entorno BOGOTA D.C. -2) LUIS EDUARDO GUTIERREZ DIAZ (VGC) Vicepresidencia de Gestion Contractual BOGOTA D.C. -3) CARLOS ALBERTO GARCIA MONTES (VICE) Vicepresidencia Ejecutiva BOGOTA D.C. -4) FERNANDO AUGUSTO RAMIREZ LAGUADO (VICE) Vicepresidencia Juridica BOGOTA D.C. -5) DIANA CECILIA CARDONA RESTREPO Vicepresidencia de Estructuracion BOGOTA D.C. -6) ELIZABETH GOMEZ SANCHEZ (VICE) Vicepresidencia Administrativa y Financiera BOGOTA D.C. -7) ALBA CLEMENCIA ROJAS ARIAS (COOR) GIT de Talento Humano BOGOTA D.C. -8) NOHORA ISABEL VARGAS CASTRO (JEFE) GIT de Planeacion BOGOTA D.C.

Proyectó:

Revisó:

VoBo: GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO (JEFE)

Nro Rad Padre:

Nro Borrador:

GADF-F-010



La movilidad  
es de todos

Mintransporte

---

## INFORME DE AUDITORÍA

---



Informe de auditoría a la gestión de la administración del riesgo de la  
Agencia Nacional de Infraestructura – ANI

2019

## CONTENIDO

1. OBJETIVOS.....	3
2. ALCANCE .....	3
3. MARCO NORMATIVO .....	3
4. METODOLOGÍA .....	4
5. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES .....	8
6. DESARROLLO DEL INFORME.....	10
6.1 Cumplimiento normativo y lineamientos internos establecidos por la Entidad.....	10
6.2 Implementación de nueva metodología establecida por la Entidad en materia de controles y sus efectos en el riesgo residual.....	17
6.3 Suficiencia de los riesgos institucionales – Plan de Mejoramiento Institucional –PMI y Plan de Mejoramiento por Procesos –PMP. ....	22
7. CONCLUSIONES, no conformidades Y RECOMENDACIONES.....	25
7.1 Conclusiones .....	25
7.2 No Conformidad.....	26
7.3 Recomendaciones .....	27

## 1. OBJETIVOS

- ✓ Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente asociada a la administración del riesgo en la Entidad.
- ✓ Identificar incumplimientos y oportunidades de mejora para la gestión de la administración del riesgo de la Entidad.
- ✓ Verificar la suficiencia de los riesgos establecidos en el mapa de riesgos institucional.

## 2. ALCANCE

Este informe de auditoría se realizará con el fin de evaluar la gestión de la administración del riesgo de la Entidad bajo el cumplimiento de la normatividad vigente y lineamientos internos (Políticas, manuales, instructivos, procedimientos y mapa de riesgos vigentes) establecidos por la Entidad, a través de una muestra selectiva, en el periodo comprendido entre 1° de abril de 2019 y el 15 de octubre de 2019 y teniendo en cuenta lo propio del Plan de Mejoramiento Institucional –PMI y Plan de Mejoramiento por Procesos -PMP.

## 3. MARCO NORMATIVO

- Ley 1474 de 2011, Artículo 74 “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.
- Ley 87 de 1993, “Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en la entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”.
- Decreto 1499 de 2017, “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto único Reglamentario del Sector Público, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”.
- Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, reglamentario único del Sector de la Función Pública”.
- Manual operativo sistema de gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – versión 2 agosto 2018.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas –Departamento Administrativo de la Función Pública- versión 4 octubre 2018.
- Manual para la administración del riesgo y oportunidades institucionales y medidas anticorrupción en la ANI. (SEPG-M-004 versión 002 del 11 de julio de 2018)
- ISO 31000 de 2011 – Gestión del riesgo, principios y directrices.

- Resolución 1069 del 15 de julio de 2019 - Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales.

#### 4. METODOLOGÍA

La metodología empleada por la Oficina de Control Interno fue la usualmente aceptada para la elaboración de este tipo de informes de acuerdo con las normas de auditoría, para lo cual se realizó la planeación y ejecución del trabajo, teniendo en cuenta lo programado en el plan de auditoría (EVCI-F-037 versión 1 del 30 de julio de 2018). A continuación se relacionan los siguientes aspectos que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de esta auditoría:

**Solicitud de información:** A través de correo electrónico, el 27 de septiembre del presente año, se solicitó al Grupo Interno de Trabajo de Planeación, la confirmación de la metodología y documentos asociados a la administración del riesgo de la Entidad que se encuentra vigente.

De igual manera, el 7 de octubre del presente año, se solicitó a través de correo electrónico, al Grupo Interno de Trabajo de Planeación, los informes de seguimiento que presentaron los líderes de proceso asociados a los riesgos identificados.

**Notificación y apertura de auditoría:** El 7 de octubre del presente año, se notificó esta auditoría a los líderes de proceso a través de correo electrónico y se adjuntó el plan de auditoría que se desarrollaría durante este mes.

De acuerdo con lo anterior, se realizó la reunión de apertura de la auditoría el 10 de octubre del presente año, en donde se informó sobre las actividades que se iban a desarrollar. La información notificada se encuentra registrada en el acta de apertura de esta auditoría.

**Ejecución de la auditoría:** Las acciones que a continuación se mencionan dieron lugar a la verificación del cumplimiento normativo y los lineamientos internos establecidos por la Entidad en materia de administración del riesgo:

- ✓ **Revisión y análisis de la información:** Para generar la revisión y análisis de la información se tuvo en cuenta la normatividad vigente en materia de administración del riesgo, las disposiciones y lineamientos internos que se encuentran vigentes en la Entidad, los cuales fueron confirmados a través de correo electrónico el 30 de septiembre del presente año por el Grupo Interno de Trabajo de Planeación, los mapas de riesgos que se encuentran publicados en la página web de la Entidad y la información suministrada por los responsables de los procesos a través de las entrevistas que se realizaron en esta auditoría.

Para verificar el cumplimiento de la normatividad y lineamientos internos establecidos en la Entidad en materia de administración del riesgo, se tuvieron en cuenta las responsabilidades asociadas a las líneas de defensa establecidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, adoptadas por el Manual para la administración de riesgos y oportunidades institucionales por procesos y medidas anticorrupción en la ANI, (SEPG-M-004 versión 002 del 11 de julio de 2018), el cual se encuentra vigente en el momento de realizar esta auditoría.

En este sentido, se diseñaron Las listas de chequeo que permitieron verificar el grado de cumplimiento de las responsabilidades asignadas a través del Manual de la Entidad, asociadas a las

líneas de defensa. Por lo anterior, se establecieron unos parámetros de calificación, que permitieron identificar el porcentaje de cumplimiento de dichas responsabilidades de la siguiente manera:

NIVEL DE CUMPLIMIENTO SOBRE LAS RESPONSABILIDADES ASOCIADAS A LAS LÍNEAS DE DEFENSA		
Las responsabilidades no son ejecutadas	Las responsabilidades son parcialmente ejecutadas	Se cumple con las responsabilidades asignadas
0 - 60%	61% - 80%	81% - 100%

A partir de este ejercicio, se identificaron oportunidades de mejora que permiten el fortalecimiento de las líneas de defensa en los temas evaluados en esta ocasión.

Con el fin de verificar las actualizaciones y seguimientos realizados a los riesgos durante el periodo señalado en este informe y obedeciendo a la muestra determinada, se consultaron los mapas de riesgos institucionales que se encontraban publicados en la página web de la Entidad en los siguientes vínculos:

[https://www.ani.gov.co/sites/default/files/mapa de riesgos sistema estrategico de planeacion y gestion 2019.xlsx](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/mapa%20de%20riesgos%20sistema%20estrategico%20de%20planeacion%20y%20gestion%202019.xlsx)

[https://www.ani.gov.co/sites/default/files/u410/matriz-proceso gestion contractual -27-06-2018.xls](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/u410/matriz-proceso%20gestion%20contractual%20-27-06-2018.xls)

[https://www.ani.gov.co/sites/default/files/mapa de riesgos talento humano 2019.xlsx](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/mapa%20de%20riesgos%20talento%20humano%202019.xlsx)

[https://www.ani.gov.co/sites/default/files/mapa de riesgos 2019.xlsx](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/mapa%20de%20riesgos%202019.xlsx)

[https://www.ani.gov.co/sites/default/files/mapa de riesgos sistemas de la informacion y co municacion 2019.xlsx](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/mapa%20de%20riesgos%20sistemas%20de%20la%20informacion%20y%20co%20municacion%202019.xlsx)

A partir de esta información, como herramienta de trabajo se generó una base de datos con los riesgos institucionales que permitió identificar la actualización de los riesgos en materia de controles, valoración del riesgo residual, tratamiento del riesgo y acciones de mitigación de acuerdo con la valoración del riesgo residual.

De igual manera, se verificó el avance asociado a la implementación de la nueva metodología correspondiente a los controles que determina la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas por el DAFP (Versión 4 octubre 2018).

Con el fin de definir si los controles mitigan de manera adecuada los riesgos, se realizó un ejercicio con los responsables asignados de los procesos, a través de las entrevistas, que consistió en verificar las seis variables en el diseño de los controles.

Como última actividad de análisis de la información asociada a los riesgos de la Entidad, se consultó el Plan de Mejoramiento Institucional – PMI y Plan de Mejoramiento por Procesos - PMP con corte a 30 de septiembre del presente año, con el fin de verificar la suficiencia de los riesgos institucionales. Para ello, se cruzaron los riesgos identificados con los conceptos claves determinados en el PMI y PMP, para de esta manera identificar la presunta materialización de los riesgos, la revisión de controles asociados y su activación si es el caso y la revisión de las acciones mitigación.

La información asociada al PMI y PMP, se consultó en la página web de la Entidad en los siguientes vínculos:

<https://www.ani.gov.co/planes/plan-de-mejoramiento-institucional-pmi-21719>

<https://www.ani.gov.co/planes/plan-mejoramiento-procesos-pmp-21720>

- ✓ **Selección de la muestra para auditar:** Para determinar la muestra de este informe, se tuvo en cuenta la cantidad de los riesgos que tienen identificados los procesos y su participación en auditorías anteriores. De acuerdo con la información vigente, que se encuentra publicada en la página web de la Entidad se encontró la siguiente información:

No.	PROCESOS DE LA ENTIDAD	No. DE RIESGOS	ACTUALIZADO
1	Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte	14	30/04/2018
2	Gestión del Talento Humano	6	12/09/2019
3	Gestión jurídica	6	15/10/2019
4	Estructuración de proyectos de infraestructura de transporte	4	9/10/2019
5	Gestión de la información y comunicaciones	4	12/09/2019
6	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	4	15/10/2019
7	Evaluación y Control Institucional	3	12/09/2019
8	Gestión administrativa y financiera	3	12/09/2019
9	Gestión de la contratación pública	3	12/09/2019
10	Transparencia, participación, servicio al ciudadano y comunicación	3	12/09/2019

De acuerdo con la información anterior, se eligieron los cinco (5) procesos con mayor cantidad de riesgos identificados. En el caso del proceso de estructuración de proyectos de infraestructura de transporte, no se eligió porque hizo parte de la auditoría de la administración del riesgo que se realizó en el mes de abril del presente año.

En este orden de ideas, los procesos elegidos para aplicar los ejercicios que se tienen estipulados para el desarrollo de esta auditoría son:

- Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte
  - Gestión del Talento Humano
  - Gestión jurídica
  - Gestión de la información y comunicaciones
  - Sistema Estratégico de Planeación y Gestión
- ✓ Entrevista con los responsables: De acuerdo con la muestra señalada, se notificó, a través del plan de auditoría, a cada líder de proceso las fechas en las que se llevaría a cabo las entrevistas de auditoría. En el transcurso de la auditoría se dieron modificaciones a las fechas de las entrevistas quedando programadas de la siguiente manera:

No.	PROCESOS DE LA ENTIDAD	FECHA DE LA ENTREVISTA
1	Gestión del Talento Humano	21/10/2019 8:30am a 11am Sala de juntas OCI
2	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	21/10/2019 2:30pm a 4pm Sala de juntas OCI
3	Gestión de la información y comunicaciones	21/10/2019 4pm a 5:30pm Sala de juntas OCI
4	Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte	22/10/2019 2:30pm a 4pm Sala de juntas OCI
5	Gestión jurídica	23/10/2019 9am a 11am Sala de Juntas OCI

Las modificaciones que se realizaron al plan de auditoría, fueron acordadas con las personas delegadas para atender esta auditoría. De igual manera, se realizó la agenda a través del outlook.

De acuerdo con la información anterior, los resultados obtenidos de la aplicación de esta metodología se podrán consultar en el capítulo 6 de este informe.

## 5. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

### Plan de Mejoramiento Institucional – PMI

Al realizar el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional- PMI, se evidenció que hay dos hallazgos relacionados con los riesgos institucionales. A continuación se relaciona la información asociada:

Nº de hallazgo	Hallazgo	Responsable	Estado del hallazgo
904-16	<p>Modelo de gestión Judicial. Administrativo.</p> <p>La entidad no ha implementado procedimientos para todas sus facetas procesales (procesales, extraprocesales, medidas cautelares etc.) que facilite la debida ejecución de acciones dirigidas al cumplimiento de sus funciones. <b>Igualmente, el proceso de gestión jurídica no ha identificado sus riesgos, razón por la cual no está contenido en el mapa de riesgos suministrado a la CGR.</b></p> <p>De otra parte, la ANI no cuenta con un modelo definido de gestión de la Gerencia de Defensa Judicial, que permita determinar indicadores de control, seguimiento y evaluación a la gestión procesal de sus funcionarios, personal externo y de los recursos recuperados por acciones de repetición y llamamientos en garantía.</p>	Vicepresidencia Jurídica	<p>Cumplido</p> <p>No efectivo</p>
1278-27	<p>Hallazgo No. 27. Administrativo. <b>Materialización de riesgos en la gestión predial por mayores costos a los estimados a través del Fondo de Contingencias Contractuales en los proyectos viales de APP.</b></p> <p>A septiembre de la vigencia de 2018, la ANI, aprobó mediante actas de reconocimiento de riesgos asociados a la gestión predial, sobrecostos en su adquisición en un monto de \$24.047.190.385,31. Si bien se observa que los saldos acumulados que registra el riesgo predial en el Fondo de Contingencias Contractuales a diciembre de 2017 cubren los sobrecostos que hasta el momento conlleva los mayores costos prediales de cada uno de los proyectos referenciados.</p>	<p>Vicepresidencia de Planeación, Riesgos y Entorno -</p> <p>Vicepresidencia de Gestión Contractual</p>	<p>En termino</p> <p>No revisado por la CGR</p>

Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP

Al realizar el seguimiento al Plan de Mejoramiento por Procesos-PMP, se evidenció que, se han generado dos (2) no conformidades por parte de la Oficina de Control Interno asociadas a la administración del riesgo de la Entidad. A continuación se relacionan las no conformidades y su estado:

Nº de NC	No Conformidad – NC	Responsable	Estado de la NC
3701	No se evidenció el informe de seguimiento correspondiente al segundo semestre del año 2018 asociado al proceso de Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte, dando lugar al incumplimiento del capítulo 10 numeral 10.1 del Manual para la Administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004).	Proceso de gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura	Abierta con plan
3702	7.3.2 Proceso Sistema Estratégico de Planeación y Gestión (Vicepresidencia de Planeación, Riesgos y Entorno)  De los 18 riesgos de corrupción identificados por la Entidad, 9 riesgos incumplen el capítulo 6 literal f asociado a las políticas de administración de riesgos de la Entidad, que se encuentran señaladas en el Manual para la Administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004) y el numeral 3.2.3 asociado al tratamiento del riesgo de la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, debido a que no pueden ser asumidos por la Entidad.	Proceso Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	Abierta con plan

De acuerdo con la información anterior, en entrevista realizada con los responsables, se reportan los siguientes avances con respecto a las acciones de mejora propuestas:

Nº de NC	Acciones de mejora propuestas	Avance reportado
3701	Mediante memorando radicado bajo el número 20193110134043, del 11 de septiembre de 2019, se confirman las siguientes actividades:  <b>1. Acción correctiva:</b> Entregar el seguimiento del mapa de riesgos correspondiente al segundo semestre de 2018. (16/09/2019)  <b>2. Acciones preventivas:</b> Proponer a planeación que en conjunto con el área de sistemas se genere un mecanismo de captura donde todas las áreas involucradas puedan incorporar los datos, de manera tal que al terminar el semestre solo se deba hacer el análisis de la información.	Se entregó el seguimiento a planeación a través de memorando interno radicado bajo el número 20193110155133  Frente a las acciones preventivas propuestas, se manifiesta al equipo de riesgos del proceso, que estas actividades dependen de terceros. Se recomienda que se formulen acciones preventivas que sean realizadas por los responsables del proceso y que no dependan de terceros.  Revisarán las opciones y se formularán las acciones más aterrizadas al control del proceso.

Nº de NC	Acciones de mejora propuestas	Avance reportado
	<p>(20/09/2019)</p> <p>Trabajar en conjunto con planeación y sistemas en crear alertas bimestrales a los involucrados en el proceso de gestión contractual encargados del mapa de riesgos para que carguen la información requerida.(30/12/2019)</p> <p>Realizar reunión con planeación y pedirle que esta, mediante memorando solicite a cada área que delegue las personas encargadas del mapa de riesgos y su seguimiento. (30/09/2019)</p>	
3702	<p>1. Corrección – ajustar el tratamiento en la matriz.</p> <p>2. Acción preventiva: Revisar y ajustar el manual para la administración de riesgos y oportunidades institucionales por procesos y medias anticorrupción en la ANI – SEPG-M-004.</p>	<p>Con respecto a la corrección propuesta, se evidenció que la Entidad ha venido realizando ajustes en la metodología de la administración del riesgo. Se han generado nuevos mapas de riesgos en los procesos, con identificación, valoración y tratamiento diferente. Por lo anterior, la corrección propuesta no fue efectuada debido a este cambio en los riesgos institucionales.</p> <p>Frente a la actualización del Manual para la administración de riesgos y oportunidades institucionales por procesos y medias anticorrupción en la ANI – SEPG-M-004, la Entidad se encuentra realizando los ajustes con respecto a la nueva metodología. Aún no se ha formalizado dicho manual.</p>

La información reportada en esta ocasión será registrada en el Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP, la cual podrá ser consultada a partir de la segunda semana de noviembre del presente año en la página web de la Entidad.

## 6. DESARROLLO DEL INFORME

### 6.1 Cumplimiento normativo y lineamientos internos establecidos por la Entidad

De acuerdo con la metodología descrita en la capítulo 4 de este informe de auditoría y teniendo en cuenta los lineamientos internos establecidos por la Entidad a través del Manual para la administración de riesgos y oportunidades institucionales por procesos y medidas anticorrupción en la ANI que se encuentra vigente (SEPG-M-004 versión 002 del 11 de julio de 2018) y lo estipulado en líneas de defensa en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, se identificaron las responsabilidades y políticas de administración de riesgo que se

asignaron a las líneas de defensa, con el fin de evaluar el grado de cumplimiento de cada una de las líneas de defensa. A continuación se presentan los resultados obtenidos del ejercicio realizado a través de las entrevistas de auditoría con los equipos de riesgos de los procesos, delegados por los líderes de proceso para atender esta auditoría:

**Línea Estratégica:** En cumplimiento de las responsabilidades establecidas en materia de riesgos para esta línea de defensa, se evidenció que la Entidad cuenta con la política de administración de riesgos, la cual fue aprobada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en la sesión del 19 de diciembre de 2018 e incorporada como política en la gestión documental del proceso “Sistema Estratégico de Planeación y Gestión” a través del código SEPG-PT-003, versión 001 del 13 de febrero de 2019. La política se encuentra disponible para su consulta en la página web de la Entidad en el siguiente vínculo: [https://www.ani.gov.co/sites/default/files/sepg-pt-003\\_politica\\_administracion\\_riesgos\\_v1.pdf](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/sepg-pt-003_politica_administracion_riesgos_v1.pdf)

Por otra parte, se evaluó si la planeación estratégica de la Entidad se encuentra alineada con los mapas de riesgos, en cumplimiento de las políticas de administración de riesgos y oportunidades. Se evidenció que el 70% de los equipos de riesgos entrevistados encontraron relación con la planeación estratégica de la Entidad y los mapas de riesgos de sus procesos. El 30% restante, no manifestaron con claridad dicha relación.

Se recomienda informar a los equipos de riesgos de los procesos, como se logra la alineación con la planeación estratégica y los mapas de riesgos de los procesos de la Entidad.

De acuerdo con la información anterior, se obtuvo el siguiente resultado con respecto al cumplimiento de las responsabilidades asignadas a la línea estratégica:

Línea Estratégica	Resultados de la evaluación asociada a la Línea Estratégica	
A cargo de la Alta Dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno <sup>1</sup>	85%	Se cumple con las responsabilidades asignadas

Se evidenció que la Línea Estratégica, cumple con las responsabilidades evaluadas, sin embargo, se recomienda informar con claridad a los equipos de riesgos de los procesos, como se logra la alineación con la planeación estratégica y los mapas de riesgos de los procesos de la Entidad.

Cabe resaltar, que durante el periodo evaluado en esta auditoría, no se evidenció que esta línea de defensa, haya analizado los riesgos y amenazas institucionales al cumplimiento de los planes estratégicos de la Entidad. El cumplimiento de esta responsabilidad da lugar a:

- Información sobre los cambios en el entorno que pueden afectar la efectividad del sistema de control interno y el cumplimiento de los objetivos.
- Recomendaciones sobre riesgos que considera importantes que no han sido identificados en el proceso.

<sup>1</sup> Manual operativo – Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 2 agosto 2018 – Departamento Administrativo de la Función Pública.

- Alertas sobre riesgos aceptados (apetito por el riesgo) por cambios que pueden afectar el funcionamiento de la Entidad.
- Alertas sobre el incumplimiento de la política de administración del riesgo.

Las anteriores situaciones se deben generar desde esta línea de defensa. Es importante mencionar que estas situaciones son evaluadas anualmente en la medición del desempeño institucional y del sistema de control interno a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG, por lo que es necesario que se tomen las acciones pertinentes para fortalecer el cumplimiento de esta responsabilidad.

**Primera línea de defensa:** En el ejercicio realizado a través de las listas de chequeo que se aplicaron en las entrevistas de auditoría realizadas a los equipos de riesgos de cada proceso, se evaluó el cumplimiento de las siguientes responsabilidades y políticas de administración de riesgos y oportunidades, establecidas en el Manual para la administración de riesgos de la Entidad y en el Manual operativo del MIPG del DAFP:

- Se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos. (Responsabilidad Manual operativo DAFP)
- A partir de la política de administración de riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar los riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección. Con base en esto establecen los mapas de riesgos. (Responsabilidad Manual de la administración del riesgo ANI vigente).
- Identificar las oportunidades asociadas a los procesos o a la Entidad que potencialicen y hagan más eficiente la gestión de esta. (Responsabilidad Manual de la administración del riesgo ANI vigente)
- Mantener actualizados los mapas de riesgos por procesos y mapas de riesgo de corrupción, de conformidad con las políticas institucionales aprobadas y las normas nacionales vigentes. Así como velar por el cumplimiento de los lineamientos señalados por la metodología de administración del riesgo aprobada en lo concerniente al análisis del contexto estratégico, la identificación del riesgo, su análisis, valoración, medidas de tratamiento, monitoreo y seguimiento. (Responsabilidad Manual de la administración del riesgo ANI vigente)
- Los mapas de riesgos deberán ser aprobados por los líderes de los correspondientes procesos. (Políticas operativas para mapas de riesgos institucionales y de medidas anticorrupción capítulo 6.1 Literal b, del manual de la administración el riesgo de la ANI vigente).
- La actualización de los mapas de riesgos y oportunidades institucionales y de cada proceso, así como los mapas de riesgos de corrupción, se realizará de forma anual según lineamientos normativos, salvo que las necesidades del servicio requieran su actualización con otra periodicidad (Políticas operativas para mapas de riesgos institucionales y de medidas anticorrupción capítulo 6.1 Literal f, del manual de la administración el riesgo de la ANI vigente).

A partir de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas con los equipos de riesgos de cada proceso evaluado, se observó que todos establecen sus mapas de riesgos aplicando la metodología diseñada por la Entidad y los lineamientos dados por parte de la Alta dirección en materia de riesgos. Sin embargo, se evidenció una confusión entre la política de la administración de riesgos y el Manual para la administración de riesgos institucionales y anticorrupción de la ANI.

Se observó que de los cinco (5) equipos de riesgos de los procesos entrevistados, tres (3) han formalizado sus mapas de riesgos con la aprobación respectiva del líder del proceso, uno (1) realizó la publicación del mapa de riesgos, sin la debida aprobación del líder de proceso y el otro manifiesta que no se ha logrado su formalización y aprobación del mapa de riesgos debido a que se requiere de la participación de varias áreas (ambiental, social y predial) para la elaboración y aprobación de sus mapas de riesgo.

En el ejercicio correspondiente a la actualización de los mapas de riesgos, que se realizó por parte de los líderes de proceso, a través de los equipos de riesgos designados, se observó que de los cinco (5) procesos evaluados, cuatro (4) tienen sus mapas de riesgos actualizados y cumplen con la metodología adoptada por la Entidad. Sin embargo, se evidenció que las actualizaciones de los mapas de riesgos tardaron más de un año para generarse, contraviniendo lo que se estipula en el Capítulo 6 Políticas de administración de riesgos y oportunidades y en el Capítulo 6.1 Políticas operativas para mapas de riesgos institucionales y de medidas anticorrupción, Literal f pág. 15 del Manual para la administración de riesgos institucionales y anticorrupción de la ANI.

Frente a lo anterior, es importante tener en cuenta, que la Entidad ha venido implementando una nueva metodología de riesgos, que involucra la identificación de los riesgos a partir de la definición *“efecto de la incertidumbre en los objetivos”*<sup>2</sup>, la cual fue avalada por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a través de un concepto radicado bajo el número 20195000162701 del 24 de mayo de 2019 y además, se tuvo en cuenta los lineamientos para el diseño de controles, adoptado de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidad públicas –DAFP y la inclusión de los lineamientos para los riesgos de soborno.

En cuanto al cumplimiento de la responsabilidad asociada a la identificación de oportunidades y después de realizar las actualizaciones de los mapas de riesgos, se observó que en ninguno de los equipos de riesgos de los procesos se identificó las oportunidades asociadas a los procesos en los mapas de riesgos, lo anterior debido a que no se tenía una línea clara sobre la identificación de las oportunidades en sus mapas de riesgo y tampoco se recibió una instrucción sobre el particular.

Con respecto a lo anterior, el Grupo Interno de Trabajo de Planeación, informa a esta auditoría en la entrevista, que en la nueva versión del Manual para la administración de los riesgos de la Entidad, la identificación de oportunidades se dejará a consideración de la alta dirección. Sin embargo, esto no fue informado o aclarado a los equipos de riesgos de los procesos que participaron en los talleres que se realizaron para aplicar los lineamientos correspondientes a la nueva metodología.

Se evidenció que todos los líderes de proceso, presentaron el seguimiento asociado a los riesgos del año 2018, los cuales se encontraban vigentes en el momento de presentar los reportes respectivos al Grupo Interno de Trabajo de Planeación. Lo anterior, se constató con los equipos de riesgos de los procesos, en las entrevistas de auditoría realizadas donde fueron entregadas las evidencias pertinentes.

En los seguimientos presentados, no se reportaron riesgos del año 2018 materializados, por esta razón los resultados no impactan de ninguna manera a los riesgos identificados para el año 2019.

---

<sup>2</sup> Definición de riesgo de la ISO 37001, adoptada por la ANI.

De acuerdo con lo anterior, la Entidad se encuentra en un momento coyuntural en la que se está realizando la implementación de esta nueva metodología y requiere de tiempo para que estos conceptos sean acogidos por los líderes de proceso, sus equipos de riesgos y la Entidad en general.

Para finalizar, a continuación se presentan los resultados obtenidos asociados al cumplimiento de las responsabilidades y políticas internas establecidas para la primera línea de defensa:

Primera línea de defensa	Resultados de la evaluación asociada a la Primera línea de defensa	
A cargo de los gerentes públicos y líderes de procesos o gerentes operativos de programas y proyectos de las Entidad <sup>3</sup>	63%	Las responsabilidades son parcialmente ejecutadas

Este resultado refleja, las dificultades que los líderes de proceso tuvieron para actualizar sus mapas de riesgos del año 2019 y establecerlos de manera correcta, teniendo en cuenta que de los cinco (5) procesos auditados tres cumplieron con la aprobación de los mapas de riesgos por los líderes de proceso.

Es importante mencionar, que las dificultades presentadas para cumplir estas responsabilidades como primera línea de defensa, son producto de la actualización de la metodología para administrar los riesgos y la desinformación para abordar los temas relacionados con la identificación de oportunidades.

En consecuencia se evidenció el incumplimiento de algunas de las responsabilidades y políticas internas asociadas a la administración del riesgo, tales como identificar las oportunidades asociadas a los procesos y mantener actualizados los mapas de riesgos de los procesos.

Teniendo en cuenta lo mencionado en el políticas operativas del capítulo 6.1 literal f del Manual para la administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004, versión 004 del 11 de julio de 2018), en esta ocasión la Oficina de Control Interno, no presentará este incumplimiento como no conformidad porque ha tenido en cuenta el proceso de implementación de la nueva metodología. Sin embargo, esto será sujeto de seguimiento por parte de esta Oficina en el próximo informe de auditoría que se genere.

De igual manera se recomienda que los equipos asignados en los procesos, para abordar temas relacionados con la administración del riesgo, conozcan claramente la metodología que se implementa en la Entidad y contar con documentos vigentes que soporten el paso a paso de la implementación de la metodología. Si bien el Grupo Interno de Trabajo de Planeación, prestó su asesoría a los procesos en el momento en que ellos lo requirieron, es importante contar con documentos de apoyo para asegurar que la implementación se haga de una manera correcta y no se presente desinformación al momento de abordar este tema.

<sup>3</sup> Manual operativo – Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 2 agosto 2018 – Departamento Administrativo de la Función Pública.

**Segunda línea de defensa:** En el ejercicio realizado a través de las listas de chequeo que se aplicaron en las entrevistas de auditoría realizadas a los equipos de riesgos de cada proceso, se evaluó el cumplimiento de las siguientes responsabilidades y políticas de administración de riesgos y oportunidades, establecidas en el Manual para la administración de riesgos de la Entidad y en el Manual operativo del MIPG del DAFP:

- Supervisar la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces por parte de la primera línea y ayuda a los responsables de riesgos a distribuir la información adecuada sobre riesgos a todos los servidores de la Entidad. (Responsabilidad manual operativo DAFP).
- El Grupo Interno de Trabajo de Planeación y el Grupo Interno de Trabajo de Riesgos, realizarán la difusión de lineamientos, metodologías, seguimiento y consolidación de los mapas de riesgo. (Responsabilidad Manual de la administración del riesgo ANI vigente).
- Las acciones de mitigación del riesgo, así como las acciones para desarrollar las oportunidades deben ser incluidas en el plan de acción de la Entidad con el fin de llevar un solo control. (Política administración de riesgos Capítulo 6 Literal I del manual de la administración el riesgo de la ANI vigente).
- Los mapas de riesgos deberán ser consolidados, publicados y socializados a toda la Entidad propendiendo por el desarrollo de la cultura organizacional de gestión de riesgos. (Políticas operativas para mapas de riesgos institucionales y de medidas anticorrupción capítulo 6.1 Literal e, del manual de la administración el riesgo de la ANI vigente).
- El Grupo Interno de Planeación, efectuará seguimiento semestral y monitoreo anual a los mapas de riesgos y oportunidades de acuerdo con el plan de acción. Sin embargo, esto no exime de la función de monitoreo y seguimiento permanente que deberán realizar los líderes de cada proceso. (Políticas operativas para mapas de riesgos institucionales y de medidas anticorrupción capítulo 6.1 Literal h, del manual de la administración el riesgo de la ANI vigente).

A partir de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas con los equipos de riesgos de cada proceso evaluado, se observó que la política y la nueva metodología de la administración del riesgo de la Entidad fueron divulgadas y socializadas a través de diez (10) mesas de trabajo que realizó el Grupo Interno de Trabajo de Planeación con los equipos de riesgos de los procesos desde el mes de abril del presente año.

El Grupo Interno de Trabajo de Planeación, presentó en la entrevista de auditoría, un documento denominado “mapa de riesgos institucional 2019”, que contiene la explicación de la nueva metodología asociada a la gestión del riesgo. Este documento se encuentra disponible en la página web de la Entidad desde el 17 de octubre del presente año ([https://www.ani.gov.co/sites/default/files/manual\\_gestion\\_riesgo\\_1.pdf](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/manual_gestion_riesgo_1.pdf)), sin embargo ninguno de los equipos conoce el documento.

Se evidenció que los equipos no cuentan con documentos de apoyo, como por ejemplo un manual o un procedimiento actualizado, para seguir la implementación de la metodología sin contratiempo. De igual manera, se observó que la dificultad más frecuente en los equipos de riesgos, se encuentra asociada a la identificación de los riesgos y al diligenciamiento de los formatos. Se recomienda que los formatos sean más dinámicos, es decir que, la información que se registra por primera vez, se replique en los demás formatos que se deben diligenciar. Lo anterior, para garantizar que la información que se ingresa por primera vez, siga siendo igual en los demás formatos.

Una vez se realizaron las mesas de trabajo con los equipos de riesgos de cada proceso, el Grupo Interno de Trabajo de Planeación, inició la consolidación y divulgación de los mapas de riesgos de los procesos a través de la página web de la Entidad; la información se encuentra disponible en el siguiente vínculo: <https://www.ani.gov.co/r-institucionales-y-por-procesos>, trámite que contó con la aprobación de los líderes de cada proceso a través de correos electrónicos o comunicación interna.

En cuanto a los seguimientos semestrales, determinado en el Manual de la administración del riesgo de la Entidad como una política operativa, se observó que mediante memorando interno radicado bajo el número 20196010121903 del 16 de agosto del presente año, el Grupo Interno de Trabajo de Planeación, solicitó a los líderes de cada proceso el seguimiento de los mapas de riesgos correspondientes al primer semestre del año 2019. Estos seguimientos fueron enviados al Grupo Interno de Trabajo de Planeación en los meses de septiembre y octubre del presente año. Esta información fue evidenciada en las entrevistas de auditoría con los soportes respectivos, los cuales reposan en los papeles de trabajo de esta auditoría.

En cuanto a la inclusión de las acciones de mitigación en el plan de acción de la Entidad, que obedece al cumplimiento de una política de administración del riesgo, se observó que, no se incluyeron las acciones de mitigación en el plan operativo debido al tiempo en el que se implementó la nueva metodología. En un equipo de riesgos entrevistado, se evidenció que estas acciones aún no se han formulado.

De acuerdo con lo evidenciado anteriormente, a continuación se presentan los resultados obtenidos asociados al cumplimiento de las responsabilidades y políticas internas establecidas para la segunda línea de defensa:

Segunda línea de defensa	Resultados de la evaluación asociada a la Segunda línea de defensa	
A cargo de servidores que tienen responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación del estados de los controles y la gestión del riesgo. Entre ellos pueden citarse: jefes de planeación o quienes hagan sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos (donde existan), comité de contratación, áreas financieras, de TIC, entre otros que generen información para el aseguramientos de la operación. <sup>4</sup>	<b>77%</b>	<b>Las responsabilidades son parcialmente ejecutadas</b>

Este resultado refleja, dificultades en la inclusión de las acciones de mitigación en el plan de acción de la Entidad, se concluyó que de los cinco (5) equipos de riesgos auditados tres (3), no tienen incluidas las acciones de mitigación en el plan de acción de la Entidad. De igual manera, se evidenció que de los cinco

<sup>4</sup> Manual operativo – Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 2 agosto 2018 – Departamento Administrativo de la Función Pública.

(5) de los equipos de riesgos auditados tres (3) manifestaron dificultades en el diligenciamiento de los formatos y en la identificación de los riesgos de los procesos.

Por otra parte, se observó que las herramientas brindadas para aplicar la nueva metodología, es decir los formatos que se deben diligenciar para generar los mapas de riesgos de los procesos, tienen el formato “Matriz de riesgos de corrupción” – (SEPG-F-061), el cual no tiene relevancia para la metodología de riesgos de procesos y además, se presentan errores en las fórmulas para generar el riesgo residual en el formato “mapa de riesgos por proceso y medidas de control anticorrupción” – (SEPG-F-030).

De los cinco (5) procesos auditados, se evidenció que tres (3) de ellos tienen publicados los mapas de riesgos por proceso con errores.

Lo anterior da cuenta de las debilidades que se han presentado en la difusión de los lineamientos y metodologías asociadas a la administración del riesgo.

Se recomienda que se realice un cronograma de mesas de trabajo con cada uno de los equipos, para realizar el seguimiento correspondiente a la implementación de esta nueva metodología, solucionar las dificultades presentadas en los formatos y generar las actualizaciones pertinentes en los mapas de riesgos, con el fin de garantizar la confiabilidad de la información que se encuentra publicada en la página web de la Entidad.

## 6.2 Implementación de nueva metodología establecida por la Entidad en materia de controles y sus efectos en el riesgo residual.

En materia de controles, la Entidad ha venido implementado los lineamientos establecidos por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4 de octubre de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. Se evidenció, a partir de los resultados generados de las entrevistas de auditoría realizadas a los equipos de riesgos de los procesos, que el 90% identificó las seis (6) variables que deben incluir los controles para asegurar su adecuado diseño. De acuerdo con lo anterior, se procedió a realizar un ejercicio para evaluar el diseño de los controles. De los cinco (5) equipos de riesgos auditados, participaron cuatro (4) en este ejercicio, debido a que uno de ellos aún no ha formalizado su mapa de riesgos para el año 2019.

El ejercicio consistió en evaluar el diseño de uno de los controles formulado para un riesgo determinado en el proceso auditado. A partir de este ejercicio se evidenciaron debilidades en las siguientes variables:

- Establecer el cómo se realiza la actividad de control.
- Indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
- Dejar evidencia de la ejecución del control.

Por otra parte se presentaron las siguientes situaciones que se deben tener en cuenta para la formulación de los controles:

- De los cuatro controles evaluados, tres presentan una periodicidad ambigua, se recomienda tener una periodicidad específica para su realización (diaria, mensual, trimestral, anual etc).
- En el caso del riesgo “inadecuada implementación de las soluciones tecnológicas”, se identificó que el primer control no es consecuente con el riesgo. Es decir que este control no es efectivo. Se recomienda realizar una mesa de trabajo para generar la adecuada identificación de los controles.

- En caso del riesgo “nivel de clima laboral poco favorable”, se observó que en el primer control formulado, hay dos inmersos. Se recomendó abrir este control uno asociado a la verificación del cumplimiento normativo y el otro para el seguimiento y dejar registrada la resolución o acto administrativo como evidencia en el control.
- La expresión “so pena de incurrir en una falta disciplinaria y/o administrativa”, no corresponde a la desviación resultante de ejecutar el control, se trata de una consecuencia. Por lo anterior, se recomienda que los equipos de los riesgos, realicen los ajustes pertinentes con el apoyo del G.I.T. de planeación. Tener en cuenta la definición de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4 de octubre de 2018 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

De acuerdo con el ejercicio anterior, se observó que la valoración del riesgo después de controles – riesgo residual cambia después de realizar la evaluación del control.

Teniendo en cuenta la observación anterior, se procedió a revisar la valoración de los 20 riesgos identificados por los procesos auditados para el año 2019 y se evidenciaron las siguientes situaciones en los mapas de riesgos que se encuentran publicados en la página web de la Entidad:

PROCESO RESPONSABLE	NOMBRE DEL RIESGO	OBSERVACIONES OCI
Gestión de la información y comunicaciones	Inadecuada implementación de las soluciones tecnológicas	Revisar los controles asociados a este riesgo, teniendo en cuenta los resultados de la evaluación del diseño de los controles.
Gestión de la información y comunicaciones	Multas, sanciones y hallazgos administrativos por incumplimiento normativo.	Verificar el diseño de los controles.
Gestión de la información y comunicaciones	Falta de oportunidad en la prestación del servicio	Verificar el diseño de los controles.
Gestión de la información y comunicaciones	Indisponibilidad de los servicios tecnológicos	Verificar el diseño de los controles.
Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	Inviabilidad en la continuidad del modelo de negocio	Si disminuye la probabilidad y el impacto, teniendo en cuenta la solidez del conjunto de controles, el riesgo residual debe estar ubicado en la ZONA 16 DE RIESGO ALTO. El riesgo residual esta errado.  Revisar formulación del formato.
Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	Pérdida de credibilidad de nuestros grupos de interés	Para conocer los resultados de los posibles desplazamientos de la probabilidad y el impacto, las opciones para definir la solidez del conjunto de

PROCESO RESPONSABLE	NOMBRE DEL RIESGO	OBSERVACIONES OCI
		<p>controles corresponden a FUERTE O MODERADO.</p> <p>Se recomienda revisar que tan pertinente es incluir la calificación de los controles que no existen.</p>
Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	Incumplimiento de metas y objetivos	El riesgo residual, se encuentra ubicado de acuerdo con la matriz de riesgos de corrupción. El riesgo residual debe estar ubicado en la ZONA 19 DE RIESGO EXTREMO.
Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	Fuga de conocimiento	El riesgo residual, se encuentra ubicado de acuerdo con la matriz de riesgos de corrupción. El riesgo residual debe estar ubicado en la ZONA 19 DE RIESGO EXTREMO.
Gestión jurídica	Sanciones por incumplimiento de términos para atender requerimientos de organismos de control.	<p>Revisar evaluación del riesgo después de controles.</p> <p>Si los controles reducen la probabilidad y el impacto, el riesgo residual se debería desplazar para la ZONA 1 DE RIESGO BAJO</p>
Gestión jurídica	Pérdida de demandas que debían haber sido favorables a la entidad	Revisar formula del riesgo residual. La fórmula esta anidada con una hoja que no corresponde a la matriz de riesgos institucional.
Gestión jurídica	Imposibilidad de adoptar la decisión de carácter sancionatorio que corresponda	En este caso no se disminuye el impacto pero la probabilidad si. Sin embargo, en la calificación del riesgo inherente la probabilidad se encuentra en su mínima calificación. Es decir que el riesgo residual se debe mantener en la misma zona del riesgo inherente.

PROCESO RESPONSABLE	NOMBRE DEL RIESGO	OBSERVACIONES OCI
Gestión jurídica	Inadecuada gestión del pago de sentencias judiciales	<p>En este caso no se disminuye el impacto pero la probabilidad si. Sin embargo, en la calificación del riesgo inherente la probabilidad se encuentra en 2. Es decir que el riesgo residual se debe desplazar mínimo un cuadrante. ZONA 15 DE RIESGO ALTO.</p> <p>En este caso se deben generar acciones para mitigar el riesgo.</p>
Gestión jurídica	Toma de decisiones con fundamento en normas erradas.	<p>En este caso no se disminuye el impacto pero la probabilidad si. Sin embargo, en la calificación del riesgo inherente la probabilidad se encuentra en su mínima calificación. Es decir que el riesgo residual se debe mantener en la misma zona del riesgo inherente.</p>
Gestión jurídica	Indebida notificación de Actos Administrativos	<p>En este caso no se disminuye el impacto pero la probabilidad si. Sin embargo, en la calificación del riesgo inherente la probabilidad se encuentra en 2. Es decir que el riesgo residual se debe desplazar mínimo un cuadrante. ZONA 15 DE RIESGO ALTO.</p> <p>En este caso se deben generar acciones para mitigar el riesgo.</p>
Gestión del Talento Humano	Nivel de Clima Laboral Poco Favorable	<p>Se recomienda fortalecer el control asignado para este riesgo.</p>
Gestión del Talento Humano	Nivel no satisfactorio en los resultados de las evaluaciones del desempeño laboral.	<p>Si la solidez del conjunto de controles es débil, este no disminuirá ningún cuadrante de impacto o probabilidad asociado al riesgo.</p> <p>El cálculo del riesgo residual se encuentra errado.</p>
Gestión del Talento Humano	Fallos a demandas laborales en contra de la Entidad	<p>Riesgo residual errado / El riesgo residual quedaría en la ZONA 16 DE RIESGO ALTO.</p>

PROCESO RESPONSABLE	NOMBRE DEL RIESGO	OBSERVACIONES OCI
	relacionados con la Gestión de Talento Humano	En este orden de ideas se deben generar acciones para mitigar el riesgo.
Gestión del Talento Humano	Vinculación de personal sin el cumplimiento de requisitos establecidos en la norma.	Riesgo residual errado / El riesgo residual quedaría en la ZONA 7 DE RIESGO MODERADO.  En este orden de ideas se deben generar acciones para mitigar el riesgo.
Gestión del Talento Humano	Incumplimiento de los estándares de seguridad y salud en el trabajo	Riesgo residual errado / El riesgo residual quedaría en la ZONA 7 DE RIESGO MODERADO.  En este orden de ideas se deben generar acciones para mitigar el riesgo.
Gestión del Talento Humano	Deficiencias en la entrega de información al retirarse del cargo.	Riesgo residual errado / El riesgo residual quedaría en la ZONA 19 DE RIESGO EXTREMO.  En este orden de ideas se deben generar acciones para mitigar el riesgo.

Esto da lugar a los siguientes ajustes que se deben realizar a los mapas de riesgos:

- Revisar si el tratamiento de los riesgos asignado, es el correcto.
- Generar las acciones de mitigación cuando el riesgo residual no se encuentra en zona de riesgo baja.
- Realizar los ajustes de las fórmulas en el formato denominado "mapa de riesgos por proceso y medidas de control anticorrupción"- (SEPG-F-030)

Se recomienda realizar los ajustes a los controles, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP.

De igual manera se recomienda que el G.I.T. de Planeación realice una capacitación a los equipos de riesgos de los procesos, abordando una explicación más minuciosa sobre el diseño de controles.

Los mapas de riesgo del año 2019, presentan inconsistencias en el cálculo de los riesgos residuales, ocasionando la asignación errada del tratamiento del riesgo y la no asignación de acciones de mitigación, debido a las inconsistencias que presentaban los formatos en materia de fórmulas. Teniendo en cuenta que el Grupo Interno de Trabajo de Planeación, realizó la revisión de los mapas de riesgos, antes de ser formalizados y aprobados por los líderes de los procesos auditados, se evidenció el incumplimiento de la siguiente responsabilidad señalada en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

*“Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiadas y funcionen correctamente”.*

De esta manera se dio lugar a la publicación de información no confiable, incumpliendo del Literal m del capítulo 6.1 del manual de la administración el riesgo de la ANI vigente, donde se estipula que, “La confiabilidad de la información a publicar será responsabilidad de quien tenga las funciones de la administración y la gestión de riesgos de la Entidad”.

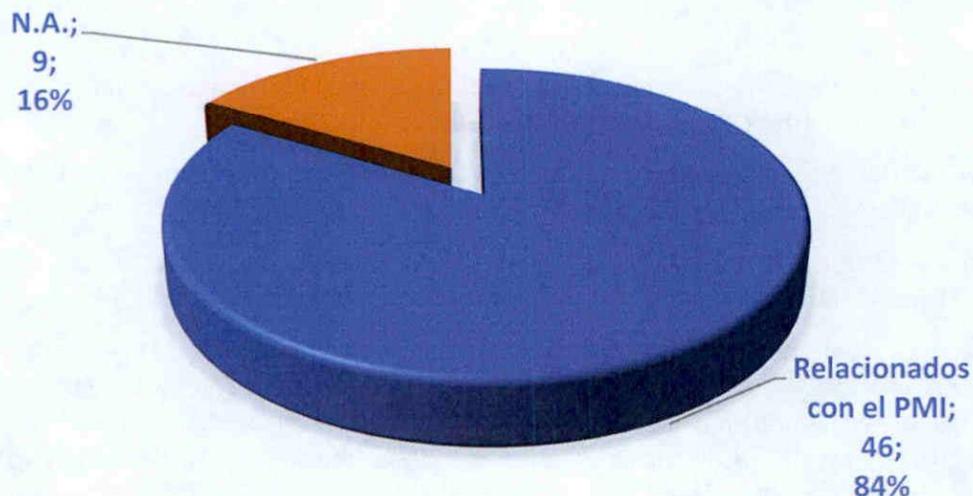
### 6.3 Suficiencia de los riesgos institucionales – Plan de Mejoramiento Institucional –PMI y Plan de Mejoramiento por Procesos –PMP.

#### Plan de Mejoramiento Institucional – PMI Vs Riesgos

Antes de entrar en materia es importante mencionar que: revisando la publicación de las matrices de riesgos de los 10 procesos definidos en el alcance, en la página web de la Entidad, con corte 20 de septiembre de 2019, se advierten 6 procesos (Gestión de la Contratación Pública, Gestión del Talento Humano, Gestión Administrativa y Financiera, Gestión de la Información y las Comunicaciones, Transparencia – Participación – Servicio al Ciudadano y Evaluación y Control Institucional) con matriz de riesgo actualizada para 2019, con fecha de publicación 12 de septiembre de 2019.

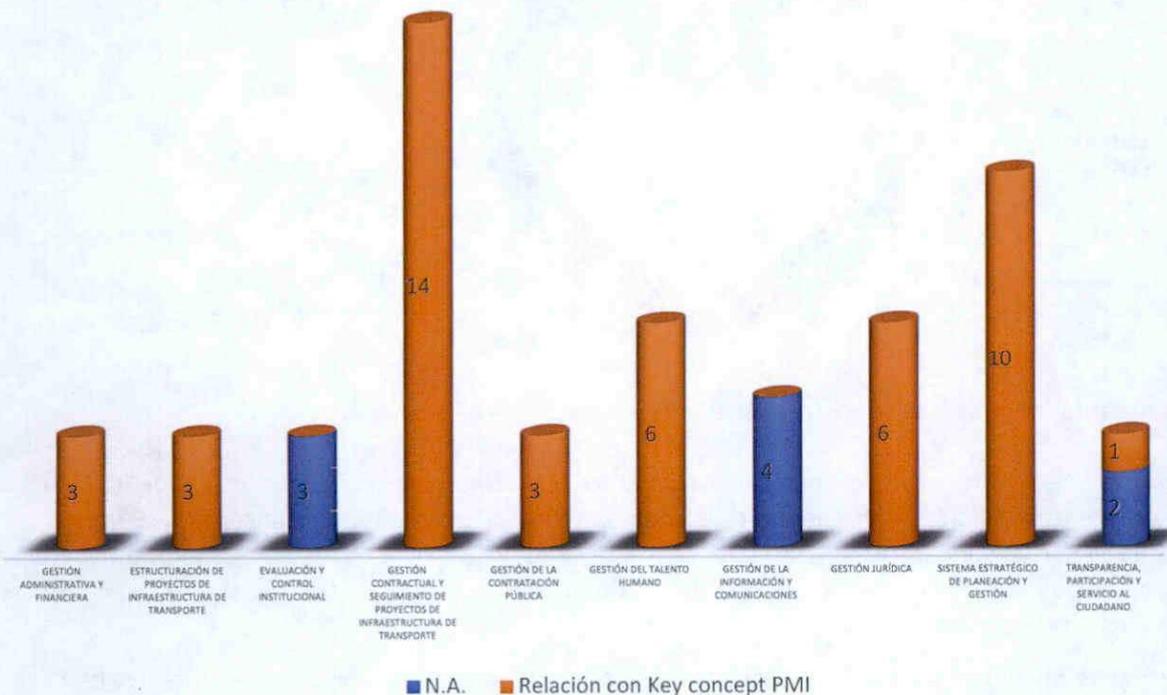
Entretanto, los 4 procesos restantes (Sistema Estratégico de Planeación y Gestión, Estructuración de Proyectos de Infraestructura de Transporte, Gestión Jurídica y Gestión Contractual y Seguimiento de Proyectos de Infraestructura) evidencian la matriz de riesgos desactualizada con última fecha de publicación 30 de abril de 2018.

Aclarado lo anterior y con el fin de comprender el comportamiento de los conceptos claves con relación a los riesgos identificados en los procesos, a continuación, se presenta el panorama cuantitativo del comparativo, entre estos dos componentes el del PMI y el del MRI:



De acuerdo con el análisis realizado, se pudo cuantificar que: de un universo de 55 riesgos institucionales vigentes en la Agencia Nacional de Infraestructura, se asocian los conceptos claves en relación de 46 riesgos equivalentes al 84%; y 9 riesgos restantes que por sus características no se pudieron asociar a ningún concepto clave del Plan de Mejoramiento Institucional y corresponden al 16%.

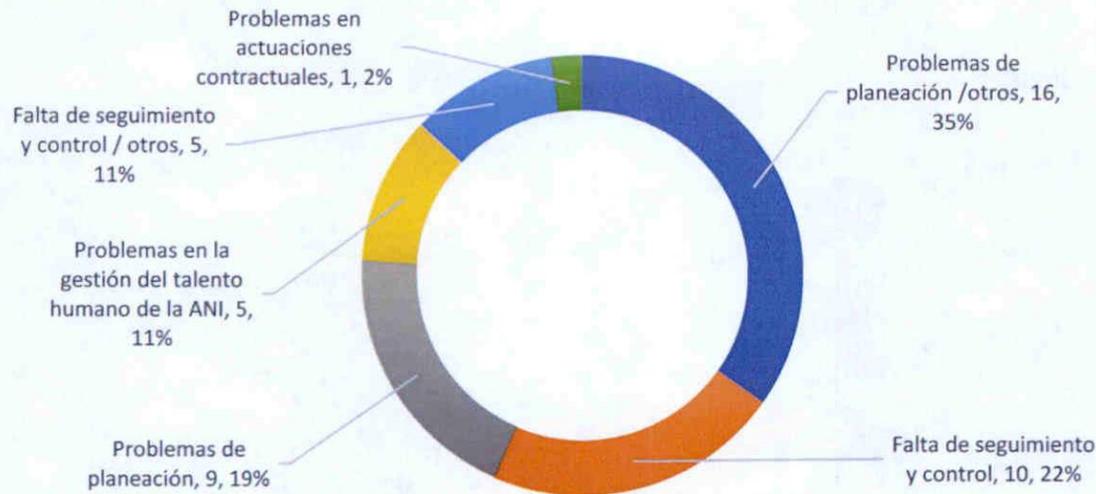
### Relación por procesos



La gráfica anterior muestra por procesos, el número de riesgos asociados a los conceptos claves del PMI concluyendo lo siguiente:

- De los 10 procesos de la Entidad, en 7 de ellos (70%) se encuentra relación entre los riesgos y los conceptos claves del Plan de Mejoramiento Institucional. Es decir, de los 55 riesgos identificados por la Entidad, en 46 de ellos se encuentra relación con el concepto clave.
- Los procesos, cuyos riesgos no se asocian a los conceptos claves del PMI son: Gestión de la Información y Comunicaciones, Proceso de Evaluación y Control Institucional y parcialmente el proceso de Transparencia, Participación y Servicio al Ciudadano.

### Relación por concepto clave



Producto de la anterior gráfica se concluye lo siguiente:

Los mayores porcentajes de recurrencia de asociación entre los riesgos y los conceptos claves del PMI se identifican con los denominados i) Problemas de planeación compartidos con otros conceptos (16 riesgos asociados), ii) Falta de Seguimiento y control (10 riesgos asociados) y iii) Problemas de Planeación. Sumando el ítem i) y iii) se puede concluir que la mayoría de los riesgos están asociados con hallazgos cuya causa obedece a problemas de planeación.

- Se sugiere un ejercicio de análisis cualitativo por parte de los responsables de los procesos, tanto de los controles establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional, como de las acciones de mejoramiento señalados en el Plan de Mejoramiento Institucional, con las siguientes finalidades:
  - ✓ Robustecer la capacidad de mitigación de los efectos en caso de materialización de los riesgos de tal manera que mitiguen las causas de los hallazgos evidenciados por el Ente de Control.
  - ✓ Articular el alcance de las acciones de control y las acciones de mejoramiento con el fin de lograr coherencia e integración frente a estos dos instrumentos institucionales (PMI-MRI) y fortalecer la efectividad de las acciones de control.
  - ✓ Construir una posición institucional a partir de las lecciones aprendidas, que le permita a la Entidad atender de manera coordinada e la superación de las causas de los hallazgos generadas en las auditorías internas y externas.

- ✓ Generar acciones de carácter preventivo articuladas entre el mapa de riesgos institucional y el plan de mejoramiento institucional que permitan reducir el grado de recurrencia de las causas generadoras de riesgos asociados a los hallazgos.
- Se recomienda evaluar por los líderes de los procesos los controles establecidos en el mapa de riesgos con base en lo analizado en los conceptos claves señalados con mayor recurrencia de asociación en el PMI.
- Se sugiere que los líderes de los procesos realicen un análisis de concurrencia entre las causas generadoras de los hallazgos de la Contraloría General de la República y la descripción de los riesgos institucionales con el fin de evidenciar y/o identificar la materialización de estos, con el fin de fortalecer sus controles y mitigar el riesgo de ocurrencia o en su defecto incluir riesgos que no hayan sido identificados en los procesos.

#### Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP Vs Riesgos

Sobre este particular, definido en el alcance del informe, es importante mencionar la imposibilidad de realizar el contraste de los riesgos versus el plan de mejoramiento por procesos, lo cual obedece a que no todos los procesos, a 15 de octubre reportaban la publicación del mapa de riesgo actualizado bajo la nueva metodología de riesgos.

Esta actividad, será realizada en el próximo informe, probablemente en el primer semestre de 2020, cuando la totalidad de los procesos cuente con los mapas de riesgos actualizados.

## 7. CONCLUSIONES, NO CONFORMIDADES Y RECOMENDACIONES

### 7.1 Conclusiones

- De acuerdo con los resultados obtenidos, asociados a la evaluación de las responsabilidades asignadas a las líneas de defensa, se deben generar acciones, que permitan el fortalecimiento de su gestión teniendo en cuenta los aspectos señalados en el capítulo 6 de este informe.
- La Entidad divulgó la Política de la Administración del Riesgo.
- De los 5 procesos auditados, 4 presentaron los mapas de riesgos actualizados.
- La Entidad presentó el seguimiento de los riesgos, correspondientes al 1° semestre del año 2019, sobre los riesgos que se encontraban vigentes.
- La Entidad implementó la nueva metodología correspondiente al diseño de controles que se encuentra descrita en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP.
- El Grupo Interno de Trabajo de Planeación debe revisar los formatos otorgados para aplicar la metodología de la Administración del Riesgos, debido a que se presentan inconsistencias en la formulación de los mismos.

- Se deben fortalecer los controles formulados para los riesgos del año 2019, debido a que se identificaron debilidades en algunas variables.
- Se presentan errores en los riesgos residuales de los riesgos identificados. Se deben generar las correcciones pertinentes en cada proceso.

## 7.2 No Conformidad

Se realizó la apertura de las siguientes no conformidades por incumplimientos asociadas a las responsabilidades asignadas a las líneas de defensa, de acuerdo con lo estipulado en el Manual operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG y el Manual para la administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004 Versión 002 del 11 de julio de 2018):

**7.2.1 Primera Línea de defensa:** a cargo de los gerentes públicos y líderes de procesos o gerentes operativos de programas y proyectos de la entidad<sup>5</sup>.

No conformidad para los procesos de Gestión de Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión de la información y comunicaciones y Sistema Estratégico de Planeación y Gestión

De acuerdo con la responsabilidad asignada a la primera línea de defensa a través del Manual para la administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004 Versión 002 del 11 de julio de 2018), en la cual se estipula que: *“Mantener actualizados los mapas de riesgos por procesos y mapas de riesgo de corrupción, de conformidad con las políticas institucionales aprobadas y las normas nacionales vigentes. Así como de velar por el cumplimiento de los lineamientos señalados por la metodología de administración del riesgo aprobada en lo concerniente al análisis del contexto estratégico, la identificación del riesgo, su análisis, valoración, medidas de tratamiento, monitoreo y seguimiento”*(subrayado fuera de texto), se evidenció que los mapas de riesgos publicados en la página web de la Entidad, presentan inconsistencias asociadas a la valoración del riesgo después de controles y medias de tratamiento, incumpliendo de esta manera la responsabilidad señalada en el capítulo 5 denominado *“responsables en la administración y gestión del riesgo”* del manual mencionado anteriormente.

**7.2.2 Segunda Línea de defensa:** A cargo de servidores que tienen responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación del estados de los controles y la gestión del riesgo. Entre ellos pueden citarse: jefes de planeación o quienes hagan sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos (donde existan), comité de contratación, áreas financieras, de TIC, entre otros que generen información para el aseguramientos de la operación.<sup>6</sup>

No conformidad para el proceso asociado al Sistema Estratégico de Planeación y Gestión.

<sup>5</sup> Manual operativo – Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 2 agosto 2018

<sup>6</sup> Manual operativo – Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 2 agosto 2018 – Departamento Administrativo de la Función Pública.

Los mapas de riesgo del año 2019, presentan inconsistencias en el cálculo de los riesgos residuales, ocasionando la asignación errada del tratamiento del riesgo y la no asignación de acciones de mitigación, debido a las inconsistencias que presentaban los formatos en materia de fórmulas. Teniendo en cuenta que el Grupo Interno de Trabajo de Planeación, realizó la revisión de los mapas de riesgos, antes de ser formalizados y aprobados por los líderes de los procesos auditados, se evidenció el incumplimiento de la siguiente responsabilidad señalada en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión *“Asegura que los controles y procesos de gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiadas y funcionen correctamente”*.

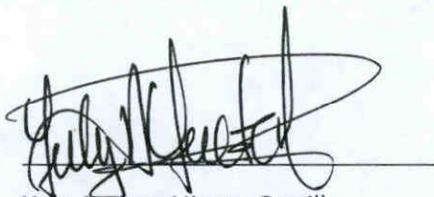
De esta manera se dio lugar a la publicación de información no confiable, incumpliendo del Literal m del capítulo 6.1 del manual de la administración el riesgo de la ANI vigente, donde se estipula que, *“La confiabilidad de la información a publicar será responsabilidad de quien tenga las funciones de la administración y la gestión de riesgos de la Entidad”*.

### 7.3 Recomendaciones

- Generar la nueva versión del Manual para la administración del riesgo en la Entidad, se recomienda realizar su socialización a toda la Entidad. Solicitar el apoyo de la Oficina de Comunicaciones para realizar esta actividad.
- Realizar capacitaciones y/o mesas de trabajo con los equipos de riesgos asignados en los procesos, sobre la metodología adoptada en la Entidad para administrar el riesgo, donde se aborden temas como la debida identificación de los riesgos (tener en cuenta de definición del riesgo), la evaluación del riesgo antes y después de controles, diseño adecuado de los controles, evaluación de los controles, diseño de indicadores, política de administración del riesgo, actualización de la documentación (Política, manual, procedimiento y formatos ajustados) y los cambios significativos en la metodología.
- Se recomienda revisar y corregir las inconsistencias evidenciadas en los formatos asociados a los mapas de riesgos.
- Se recomienda que los formatos sean más dinámicos, es decir que la información que se registra por primera vez, se replique en los demás formatos que se deben diligenciar. Lo anterior, para garantizar que la información que se ingresa por primera vez, siga siendo igual en los de más formatos.
- Realizar los ajustes a los controles, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP.
- Se sugiere un ejercicio de análisis cualitativo por parte de los responsables de los procesos, tanto de los controles establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional, como de las acciones de mejoramiento señalados en el Plan de Mejoramiento Institucional.
- Evaluar por los líderes de los procesos los controles establecidos en el mapa de riesgos con base en lo analizado en los conceptos claves señalados con mayor recurrencia de asociación en el PMI.

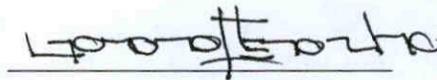
- Se sugiere que los líderes de los procesos realicen un análisis de concurrencia entre las causas generadoras de los hallazgos de la Contraloría General de la República y la descripción de los riesgos institucionales con el fin de evidenciar y/o identificar la materialización de estos, con el fin de fortalecer sus controles y mitigar el riesgo de ocurrencia o en su defecto incluir riesgos que no hayan sido identificados en los procesos.

Auditó:



Yuly Andrea Ujueta Castillo  
Auditor Oficina de Control Interno

Revisó y aprobó Informe



Gloria Margoth Cabrera Rubio  
Jefe Oficina de Control Interno