

Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20211020142833



Fecha: 27-10-2021

**MEMORANDO**

Bogotá D.C

**PARA: Dr. MANUEL FELIPE GUTIÉRREZ TORRES**  
Presidente**Dr. DIEGO ALEJANDRO MORALES SILVA**  
Vicepresidente de Planeación, Riesgos y Entorno**Dr. JUAN FRANCISCO ARBOLEDA SIERRA**  
Vicepresidente de Gestión Contractual**Dr. CARLOS ALBERTO GARCÍA MONTES**  
Vicepresidente Ejecutiva**Dr. FERNANDO AUGUSTO RAMÍREZ LAGUADO**  
Vicepresidente Jurídico**Dra. DIANA CECILIA CARDONA RESTREPO**  
Vicepresidente de Estructuración**Dra. ELIZABETH GÓMEZ SÁNCHEZ**  
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 septiembre y octubre de 2021, realizó la segunda auditoría asociada a la gestión de la administración del riesgo de la Entidad, de acuerdo con la programación de gestión aprobada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para esta vigencia.





Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20211020142833



Fecha: 27-10-2021

## MEMORANDO

Las conclusiones se describen en el capítulo 6 del informe que se anexa a la presente comunicación, en donde se señalan las recomendaciones que se podrían implementar desde la primera y segunda línea de defensa con el fin de permitir el mejoramiento continuo asociado a la gestión de la administración del riesgo en la Entidad.

Cordialmente,

**GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO**  
Jefe Oficina de Control Interno

Anexos: Informe de auditoria a la administraci?n del riesgo de la ANI.pdf

cc: 1) DIEGO ALEJANDRO MORALES SILVA (VICE) Vicepresidencia de Planeacion Riesgos y Entorno BOGOTA D.C. -2) JUAN FRANCISCO ARBOLEDA OSORIO Vicepresidente 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 (VICE) Vicepresidencia de Estructuracion BOGOTA D.C. -6) ELIZABETH GOMEZ SANCHEZ (VICE) Vicepresidencia Administrativa y Financiera BOGOTA D.C. -7) CAROLINA GUAMAN MONTERO Jefe Oficina de Comunicaciones BOGOTA D.C. -8) NATALIA FERNANDA ENRIQUEZ RUANO Coord GIT GIT de Talento Humano BOGOTA D.C. -9) ANDRES FRANCISCO BOADA Coord GIT GIT de Tecnologias de la Informacion y las Telecomunicaciones BOGOTA D.C. -10) DIANA CATALINA CHIRIVI GONZALEZ GIT de Planeacion BOGOTA D.C.

Proyectó: Yuly Andrea Ujueta Castillo – Auditor Oficina de Control Interno

Revisó:

VoBo: GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO (JEFE)

Nro Rad Padre:

Nro Borrador:

GADF-F-010



## INFORME DE AUDITORÍA



Auditoría a la Administración del Riesgo de la Agencia Nacional de Infraestructura - ANI

# 2021

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>1. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>3</b>
1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	3
<b>2. ALCANCE.....</b>	<b>3</b>
<b>3. MARCO NORMATIVO.....</b>	<b>3</b>
<b>4. METODOLÓGIA .....</b>	<b>4</b>
<b>5. DESARROLLO DEL INFORME.....</b>	<b>7</b>
5.1 ARTICULACIÓN DE LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DE LA ENTIDAD CON LOS RIESGOS DE LA ENTIDAD .....	7
5.2 RESULTADOS ASOCIADOS AL SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS.....	12
5.3 SUFICIENCIA DE LOS RIESGOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE LA ENTIDAD CON RESPECTO AL PMI Y PMP .....	19
<b>6. RECOMENDACIONES Y NO CONFORMIDADES.....</b>	<b>24</b>
6.1 RECOMENDACIONES.....	24
6.2 NO CONFORMIDADES .....	26

 <p>Agencia Nacional de Infraestructura</p>	<p>AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA</p> <p><b>Auditoría a la administración del riesgo de la ANI</b></p>	 <p>El futuro es de todos</p> <p>Gobierno de Colombia</p>
--	---	--

## 1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la administración del riesgo bajo el cumplimiento de la normatividad vigente y lineamientos internos establecidos por la Entidad (Políticas, manuales, instructivos, procedimientos y mapa de riesgos vigentes).

### 1.1 Objetivos específicos

Verificar la articulación de los riesgos identificados con la planeación estratégica de la Entidad.

Validar el resultado del seguimiento realizado a los riesgos asociados a los procesos.

Verificar la suficiencia de los riesgos identificados en los procesos.

## 2. ALCANCE

Evaluación de la administración del riesgo bajo el cumplimiento de la normatividad vigente y lineamientos internos establecidos por la Entidad (Políticas, manuales, instructivos, procedimientos y mapa de riesgos vigentes), a través de una muestra selectiva en el periodo comprendido entre 1° de abril de 2021 y el 30 de septiembre de 2021, 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 las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”.
- Ley 1712 de 2014, “Por la cual se crea la Ley de transparencia y el derecho de acceso a la información pública nacional 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”.
- Resolución 1478 de 2019 “Por la cual se establece el estatuto de auditoría interna, se adopta el código de ética del auditor en la Agencia Nacional de Infraestructura y se dictan otras disposiciones”

- Manual operativo sistema de gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – versión 3 diciembre 2019. (<https://www.funcionpublica.gov.co/documents/28587410/34112007/Manual+Operativo+MIPG.pdf/ce5461b4-97b7-be3b-b243-781bbd1575f3>)
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas –Departamento Administrativo de la Función Pública- versión 5 diciembre de 2020.
- 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)
- NTC - ISO 31000:2018 – Gestión del riesgo, principios y directrices.
- NTC - ISO 37001:2017 – Sistema de Gestión Antisoborno.
- Resolución 1069 del 15 de julio de 2019 - Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales.

#### 4. METODOLÓGIA

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 establecido en el Estatuto de Auditoría y Código de Ética del Auditor, el procedimiento de auditorías internas (EVCI-P-002 versión 6 del 16 de julio de 2018) y lo programado en el plan anual de gestión de la oficina, aprobado el 24 de febrero de 2021.

A continuación, se relacionan los siguientes aspectos para el desarrollo de esta auditoría:

##### a. Fase de planeación de la auditoría:

Para la fase de planeación de esta auditoría, se analizó la información disponible en la página web de la Entidad correspondiente a los mapas de riesgos de cada proceso, planeación estratégica de la Entidad 2021, el Plan de Mejoramiento por Procesos - PMP con corte a 30 de septiembre del presente año y el Plan de Mejoramiento Institucional – PMI con corte a 30 de septiembre del presente año. La Información se consultó en los siguientes vínculos:

<https://www.ani.gov.co/r-institucionales-y-por-procesos>

[https://www.ani.gov.co/sites/default/files/plan\\_estrategico2018-2022\\_-\\_metas2021.xlsx](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/plan_estrategico2018-2022_-_metas2021.xlsx)

<https://www.ani.gov.co/planes/plan-de-accion-ani-21716>

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

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

En la notificación de auditoría, se solicitó información adicional asociada a los resultados del seguimiento a los riesgos correspondiente al primer semestre de 2021, realizado por la primera línea de defensa, lista vigente de los equipos de riesgos de cada proceso y retroalimentación de los resultados del seguimiento de los riesgos por parte de la segunda línea de defensa a la primera línea de defensa.

**b. Fase de la ejecución de la auditoría**

**Notificación y apertura de la auditoría:** A través de correo electrónico del 27 de septiembre de 2021, se notificó la auditoría a los líderes de proceso, equipos de riesgos (primera línea de defensa) y al Grupo Interno de Trabajo de Planeación – GIT de planeación (segunda línea de defensa). En este correo se comunicó el plan de auditoría, el cual contenía los objetivos, alcance y actividades a desarrollar durante septiembre y octubre del presente año.

Teniendo en cuenta el plan de auditoría enviado con anterioridad, el 1° de octubre del presente año se realizó la reunión de apertura de la auditoría, a través de Microsoft Teams con el fin de socializar los objetivos, alcance, actividades a desarrollar en este ejercicio y la metodología para determinar la muestra de la auditoría. De igual manera se coordinaron los horarios de las entrevistas con los responsables asignados para atender esta auditoría y la reunión de cierre.

Lo anterior, quedó consignado en el acta de apertura de esta auditoría, la cual fue comunicada a los auditados, el 1° de octubre del presente año a través de correo electrónico.

Para la ejecución de esta auditoría se aplicaron las siguientes técnicas de auditoría:

- **Selección de la muestra:** se determinaron los siguientes criterios para seleccionar la muestra de esta auditoría:
  - ✓ Procesos no auditados en abril de 2021
  - ✓ Riesgos articulados con la planeación estratégica de la ANI
  - ✓ No conformidades abiertas con corte a 30 de septiembre de 2021
  - ✓ Hallazgos vigentes con corte a 30 de septiembre de 2021

De acuerdo con los criterios mencionados anteriormente, se establecieron muestras para cada uno de los objetivos específicos determinados en esta auditoría, quedando de la siguiente manera definidas:

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CRITERIO PARA LA MUESTRA	RIESGOS AUDITADOS
Objetivo específico 1 - Verificar la articulación de los riesgos identificados con la	1. Riesgos articulados con la planeación estratégica de la ANI	Estructuración de Proyectos de Infraestructura de Transporte: EPIT-01

OBJETIVOS ESPECIFICOS	CRITERIO PARA LA MUESTRA	RIESGOS AUDITADOS
planeación estratégica de la Entidad	2. Riesgos de los procesos que no fueron auditados en el primer semestre de 2021	Gestión Contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte: GCSP-01, GCSP-04, GCSP-05 y GCSP-08.
Objetivo específico 2 - Validar el resultado del seguimiento realizado a los riesgos asociados a los procesos:	3. Número de controles asignados al riesgo 4. Tratamiento del riesgo	Gestión del Talento Humano: GETH-02 Gestión Administrativa y Financiera: GADF-06 Transparencia, participación, servicio al ciudadano y comunicación: TPSC-03 y TPSC-05 Gestión tecnológica: GTEC-02, GTEC-03 y GTEC-04. Sistema Estratégico de Planeación y Gestión: SEPG-03, SEPG-06 y SEPG-07.
Objetivo específico 3 - Verificar la suficiencia de los riesgos identificados en los procesos:	1. No conformidades abiertas con corte a 30 de septiembre de 2021 (PMP). 2. Hallazgos vigentes, con corte a 30 de septiembre de 2021 (PMI).	Se tienen en cuenta 59 riesgos asociados a los procesos de la Entidad para realizar el cruce con las no conformidades y hallazgos vigentes.

Es importante precisar, que el proceso de Evaluación y Control Institucional no fue incluido en el total de los riesgos evaluados en esta auditoría, debido a que estos riesgos son administrados por la Oficina de Control Interno. Es decir que, esta auditoría excluirá los dos riesgos asociados a este proceso, teniendo en cuenta un total de 59 riesgos identificados.

- **Entrevista con los auditados:** De acuerdo con los riesgos determinados en la muestra, se programaron entre el 6 y el 8 de octubre, presentaciones por parte de los equipos de riesgos de los procesos, con el fin de presentar los resultados del seguimiento realizado a los riesgos y abordar temas asociados a riesgos materializados o causas asociadas al riesgo, estado de los indicadores, ajustes a los controles, nivel de cumplimiento de las acciones para mitigar el riesgo y análisis de eventos. Cabe resaltar que la información presentada por los responsables generó las



conclusiones asociadas al cumplimiento de los objetivos específicos establecidos en esta auditoría. Estas entrevistas se realizaron a través de la herramienta Microsoft Teams.

- **Aplicación de listas de chequeo:** La aplicación de las listas de chequeo permitieron verificar el análisis previo realizado a los riesgos por parte de los responsables, antes de formalizar el resultado correspondiente al seguimiento de los riesgos, identificar las dificultades que tuvieron los equipos de riesgos en el momento de realizar el análisis de los eventos, causas y materialización de los riesgos y validar el conocimiento de los equipos de riesgos asociado a la articulación de la planeación estratégica de la Entidad con los riesgos establecidos en los procesos auditados y su importancia o impacto que se reflejaría en el caso de una materialización de los riesgos. Finalmente se validó la asesoría, retroalimentación y acompañamiento por parte de la segunda línea de defensa a la primera línea de defensa en el seguimiento a los riesgos.

### c. Fase de elaboración del informe

**Análisis y resultados de la información de la auditoría:** teniendo en cuenta la evidencia suministrada por los auditados, la información consultada en la página web de la Entidad, los avances reportados en el PMP y PMI, los ejercicios de verificación ejecutados por el auditor, se elaboró el informe de auditoría.

Entre el capítulo 5 y 6 de este informe de auditoría, se encuentra el desarrollo de los ejercicios de análisis, sus resultados, las recomendaciones y no conformidades que se generaron.

## 5. DESARROLLO DEL INFORME

### 5.1 Articulación de la planeación estratégica de la Entidad con los riesgos de la Entidad

Bajo el marco de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles del Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP, donde se señala que: *“Para la implementación de la gestión del riesgo, es necesario que cada entidad haga un análisis de las estrategias, la formulación de objetivos y la implementación de esos objetivos en la toma de decisiones cotidiana, lo que permitirá una identificación del riesgo adecuada a las necesidades de cada organización, con un enfoque preventivo que permita la protección de los recursos, alcanzar mejores resultados y mejorar la prestación de servicios a sus usuarios aspectos fundamentales frente a la generación de valor público, eje fundamental en el quehacer de todas las organizaciones públicas.”*<sup>1</sup>

Así mismo, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, en la dimensión correspondiente al direccionamiento estratégico y planeación, plantea seis lineamientos para dar cumplimiento a la política de planeación institucional, donde en el último de estos lineamientos señala que se deben atender las recomendaciones para formular los lineamientos de la administración del riesgo y se precisa que:

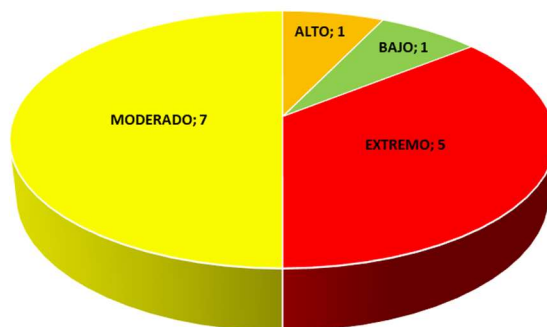
<sup>1</sup> Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles del DAFP, versión 5 diciembre 2020 – página 11.

*“Esta es una tarea propia del equipo directivo y se **debe** hacer desde el ejercicio de Dirección Estratégico y de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales...”<sup>2</sup>*

En este sentido y dando cumplimiento al primer objetivo establecido en esta auditoría, se realizó un análisis de los riesgos identificados en los procesos con los objetivos estratégicos de la Entidad donde se observó que, de los 59 riesgos identificados, 14 tienen relación directa con los objetivos estratégicos de la Entidad. Sin embargo, se considera que algunos otros riesgos, pueden tener relación indirecta con el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad. Frente a lo anterior, es importante que la segunda línea de defensa, adelante un ejercicio adicional para identificar los niveles de articulación de los riesgos con la planeación estratégica de la Entidad, teniendo en cuenta que esta planeación varía cada cuatrienio y en algunas ocasiones cada año.

Teniendo en cuenta la información anterior, de los 15 riesgos determinados en la muestra, se encontraron 14 riesgos articulados con los objetivos estratégicos de la Entidad, con el siguiente nivel de riesgo residual:

**Gráfica 1: Riesgo residual de los riesgos evaluados**

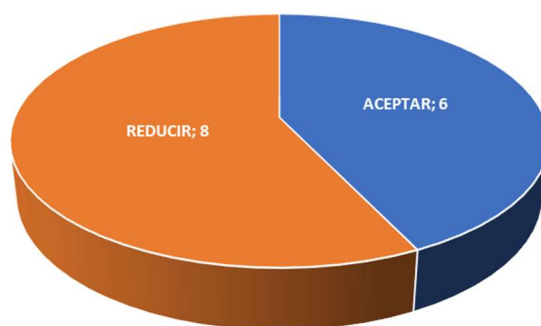


De acuerdo con lo anterior, se observó que el 36% de los riesgos evaluados en este ejercicio, se encuentran con un riesgo residual extremo, el 7% con riesgo residual alto, el 50% con un riesgo residual moderado y un 7% con un riesgo residual bajo.

Teniendo en cuenta que los riesgos evaluados en este capítulo se encuentran articulados con los objetivos estratégicos de la Entidad, se validó el tratamiento asignado a estos riesgos, arrojando los siguientes resultados:

<sup>2</sup> Manuel Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, versión 4 marzo 2021 - página 39

**Gráfica 2: Tratamiento asignado a los riesgos**



Se observó que el 57% de los riesgos articulados con los objetivos estratégicos de la Entidad, tienen un tratamiento asignado de “reducir” el riesgo residual y el 43% restante se le asignó el tratamiento “aceptar” el riesgo residual. En este sentido, se verificaron los niveles de riesgo residual extremo, alto y moderado con la asignación de tratamiento “aceptar”, obteniendo el siguiente resultado:

**Gráfica 3: Tratamiento de riesgo residual “aceptar”**



Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se presentan los riesgos que se encuentran articulados con los objetivos estratégicos de la Entidad y que presentan la situación señalada anteriormente:

OBJETIVO ESTRATEGICO ARTICULADO	ID	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO RESIDUAL
1.1 Fortalecer la institucionalidad de la Entidad	GTEC-02	Posibilidad de pérdida de la credibilidad y/o recursos de la entidad por incumplimiento de los objetivos definidos en los planes de la Gestión tecnológica debido a no	MODERADO

OBJETIVO ESTRATEGICO ARTICULADO	ID	NOMBRE DEL RIESGO	RIESGO RESIDUAL
		entrega o entrega inoportuna y/o inadecuada de las soluciones tecnológicas.	
	<b>GTEC-04</b>	Posibilidad de pérdida de la credibilidad y confianza de los grupos de interés, por afectación a la disponibilidad de la información dispuesta en la plataforma tecnológica para la toma de decisiones, debido a incumplimiento en los acuerdos de niveles de servicios tecnológicos que impidan el acceso y/o utilización de la información.	<b>MODERADO</b>
	<b>GETH-02</b>	Posible pérdida de confianza en la entidad por los bajos niveles de satisfacción de las capacitaciones, debido a la aplicación incorrecta de la metodología para la formulación del Plan Institucional de Capacitación.	<b>MODERADO</b>
1.2 Generar confianza en los ciudadanos, Estado e inversionistas	<b>TPSC-03</b>	Posibilidad de pérdida de confianza en la entidad, por incorrecta identificación de los intereses de los ciudadanos que guardan relación con las actividades encomendadas a la Agencia, debido al inadecuado desarrollo de los espacios de participación ciudadana estimados para tal fin.	<b>ALTO</b>
	<b>GCSP-05</b>	Pérdida de credibilidad de los grupos de interés por inadecuada gestión y malas prácticas por parte de la Entidad, debido a la emisión de conceptos erróneos, deficiencia en el relacionamiento con las comunidades y entidades, e inadecuado seguimiento a las afectaciones generadas en el marco de la ejecución del proyecto.	<b>MODERADO</b>
2.1 Estructurar proyectos de infraestructura de transporte	<b>EPIT-01</b>	Posibilidad de pérdida económica y de credibilidad, por viabilizar proyectos que incumplen con los requisitos mínimos, debido a una inadecuada evaluación técnica, financiera y/o jurídica de los proyectos en etapa de factibilidad.	<b>EXTREMO</b>

De acuerdo con lo anterior, se evidenció que 6 de los riesgos que se les asignó el tratamiento “aceptar”, 1 se encuentra con un nivel de riesgo residual extremo, 1 se encuentra con un nivel de riesgo residual alto y los 4 restantes se encuentran con un nivel del riesgo residual moderado. De igual manera, se observó que ninguno de estos riesgos tiene asignadas acciones para mitigar el riesgo residual, debido a varias justificaciones, por ejemplo:

- Los controles permiten reducir la probabilidad en su mínima expresión

- Los controles son eficientes
- El riesgo no está materializado

En las entrevistas de auditoría con los equipos de riesgos, se evidenció la importancia de realizar ajustes a los controles, debido a que presentan inconsistencias relacionadas con la redacción, el cómo realizan la acción del control y en ocasiones, la evidencia no está relacionada con lo que realiza el control. Si bien la formulación de los controles no evalúa su eficiencia, es importante que los procesos identifiquen adecuadamente los controles y las herramientas que usan para ejercerlos, porque de lo contrario, se estarían realizando análisis no apropiados a los controles, afectando la valoración de los controles y la generación del nivel de riesgo residual.

Por otro lado, es importante precisar, que debido a la no actualización del apetito del riesgo para la metodología que se está aplicando actualmente, no se puede dimensionar la postura de la alta dirección ante el tratamiento asignado a estos riesgos. Teniendo en cuenta que los riesgos señalados anteriormente, podrían afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad, se recomienda incluir en los resultados que presenta la segunda línea de defensa a la línea estratégica, estos riesgos para su conocimiento.

Es pertinente señalar, que la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, menciona que se **debe** considerar el apetito del riesgo para los lineamientos de la política de la administración del riesgo, teniendo en cuenta la siguiente definición:

*“el apetito del riesgo es el nivel de riesgo que la entidad puede aceptar en relación con sus objetivos, el marco legal y las disposiciones de la alta dirección. El apetito de riesgo puede ser diferente para los distintos tipos de riesgos que la entidad debe o desea gestionar”<sup>3</sup>*

Así mismo, menciona que para un desarrollo conceptual de este tema y contar con mayores elementos de juicio para su análisis se debe determinar el nivel del riesgo, el apetito del riesgo, la tolerancia del riesgo y la capacidad de riesgo, con la participación y aprobación de la alta dirección en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Si bien la Entidad cuenta con la política y herramientas de gestión del riesgo (SEPGT-P-003 versión 1 del 13 de febrero de 2018 y SEPG-M-004, entre otras), ninguna corresponde a la metodología aplicada actualmente en la Entidad para administrar el riesgo. Es importante resaltar que la aplicación de la metodología actual se encuentra documentada a través de cursos virtuales en SharePoint, disponibles para los equipos de riesgos de cada proceso; sin embargo, los lineamientos asociados al tema relacionado con el apetito del riesgo y otras disposiciones no se encuentran documentadas y/o aprobadas por la alta dirección. Se recomienda realizar estas actualizaciones y ajustes pertinentes lo más pronto posible y de

---

<sup>3</sup> Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, versión 5 diciembre 2020 – página 24.

igual manera proporcionar el acceso a esta información a todos los servidores de la Entidad para su consulta.

Lo anterior apoyará desde la alta dirección, la asignación del tratamiento de los riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad de acuerdo con los lineamientos establecidos para el manejo de este tema en particular.

Por último, es importante incorporar al análisis las acciones que la Entidad ha venido implementado desde la planeación estratégica, porque de allí pueden surgir riesgos que no están contemplados a través de las caracterizaciones de los procesos. Por ejemplo, las actividades asociadas al teletrabajo, trabajo en casa, coworking, código de integridad, telecomunicaciones, entre otras. Los procesos deben validar la pertinencia de identificar riesgos que afecten el cumplimiento del objetivo planteado en la caracterización del proceso y de esta manera iniciar su proceso de administrar el riesgo que surja.

## 5.2 Resultados asociados al seguimiento de los riesgos

Bajo el contexto del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG y obedeciendo a los aspectos claves para el Sistema de Control Interno señalados en el manual operativo del MIPG, en relación con el seguimiento a los riesgos se precisa que:

- **La primera línea de defensa (líderes de proceso y sus equipos):**

*“...se encarga del mantenimiento efectivo de los controles internos, por consiguiente, evalúa, controla y mitiga los riesgos...”*

*Los aspectos claves para el Sistema de Control Interno para tener en cuenta por parte de la primera línea de defensa: ...la identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos...”*<sup>4</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, en esta auditoría se validaron los resultados generados a partir del seguimiento realizado a los riesgos de los procesos por parte de la primera línea de defensa, con el fin de evidenciar el cumplimiento de los aspectos claves señalados para esta línea de defensa y la gestión realizada. De acuerdo con lo anterior, se solicitó a los equipos de riesgos una presentación con el resultado del seguimiento realizado a los riesgos en temas correspondientes al análisis de eventos y causas asociadas al riesgo, cumplimiento de indicadores, controles, cumplimiento de acciones de mitigación e identificación de riesgos materializados. A continuación, se presentan conclusiones, generadas a partir de las entrevistas realizadas con los equipos de riesgos de cada uno de los procesos auditados y las evidencias proporcionadas:

**Eventos y causas asociadas al riesgo:** En el análisis realizado por los equipos de riesgos de cada proceso, se identificaron tres eventos relacionados con las causas del riesgo. Se identificó un evento que no tiene relación con las causas del riesgo, pero genera alertas a partir de los resultados del IDI – FURAG; en otro evento se identificó la materialización de la causa inmediata y la vulneración de la causa raíz y finalmente

<sup>4</sup> Manual operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, versión 4 marzo 2021 – página 117

en un evento se reflejó la materialización de la causa raíz del riesgo. De acuerdo con lo anterior, se relacionan los riesgos que reportaron las situaciones señaladas anteriormente:

RIESGO	EVENTO REPORTADO	CONCLUSIÓN
Posibilidad de pérdida reputacional, por retrasos en la respuesta que resuelve el trámite (resolución de otorgamiento del permiso o concepto), debido a un inadecuado funcionamiento y/o uso de las herramientas tecnológicas necesarias, así como la insuficiencia de personal para atender las solicitudes radicadas (GCSP-08)	Atrasos en los tiempos de respuesta en las peticiones ingresadas y dificultades en su atención, dado que los peticionarios, concesionarios e interventorías no podían acceder a la información reposada en la plataforma ORFEO	Materialización de la causa inmediata y la vulneración de la causa raíz
Posibilidad de pérdida de credibilidad de las partes interesadas, por incumplimiento de la normatividad que rige el MIPG, debido a un inadecuado seguimiento en su implementación y gestión. (SEPG-06)	Disminución en el resultado obtenido en algunas de las políticas del MIPG tras la medición del índice de desempeño institucional.	No tiene relación con las causas del riesgo, pero genera alertas a partir de los resultados del IDI – FURAG
Posibilidad de afectación de la imagen institucional, por pérdida de conocimiento en la estructuración y gestión de los proyectos, debido a la insuficiencia en la identificación, diseño y/o socialización de herramientas de apropiación y circulación del conocimiento. (SEPG-07)	Lineamientos sobre Gestión del Conocimiento para someter asuntos ante el Comité de Contratación	Materialización de la causa

Es importante resaltar, que en todos los casos los procesos implementaron correcciones que permitieron mitigar la materialización del riesgo y disminuir el impacto del riesgo. Sin embargo, es importante, tener en cuenta que en el caso del evento asociado al riesgo GCSP-08, se evidenció un evento que retrasó los tiempos de respuesta a las peticiones ingresadas y dificultades en su atención, dado que los peticionarios, concesionarios e interventorías no podían acceder a la información de la plataforma ORFEO. Lo anterior, se ocasionó por cambios realizados por el proceso de gestión tecnológica al Sistema de Gestión Documental – ORFEO. Estos cambios no fueron consultados ni socializados con el responsable de este proceso.

Con respecto a lo anterior, el proceso de gestión tecnológica manifiesta que: “De acuerdo con la información proporcionada en el informe de auditoría de administración del riesgo, el GIT de Tecnologías de la Información encuentra que los casos de soporte gestionados durante la vigencia 2021 y relacionados con la categoría: "Sistema de Gestión Documental ORFEO" para el acceso de la información, el tiempo de atención ha sido entre 1 y 3 días promedio.

Así mismo es importante mencionar qué esta categoría corresponde al 8% del total de los casos que atiende el equipo de soporte de T.I., y que dentro de los indicadores de gestión se puede evidenciar que el 99.9 % de los casos son cerrados dando solución a los requerimientos de los usuarios.

Debido a lo anterior, se recomienda que el proceso tenga en cuenta estos eventos que corresponden al 8% a la identificación de un nuevo riesgo o si es el caso analizar si estos eventos tienen relación con el riesgo GTEC-04. A partir de esta situación se recomienda que todos los procesos, evalúen los eventos relacionados con la satisfacción de los demás procesos de la Entidad o cliente interno, teniendo en cuenta los productos que se entregan a otros procesos.

**Indicadores relacionados con el riesgo:** Se evidenció que 9 de los 15 indicadores evaluados tienen relación con el riesgo, cumplen con la meta establecida y es pertinente para generar alertas sobre la vulneración del riesgo. Sin embargo, se recomienda tener en cuenta las siguientes observaciones para mejorar de manera oportuna los indicadores:

- Teniendo en cuenta el reporte del evento realizado por el proceso de gestión contractual y seguimiento de proyectos (GCSP), se recomienda al proceso de gestión tecnológica revisar la pertinencia de los indicadores o incluir en los riesgos identificados, este tipo de eventos.
- Se recomienda usar vocabulario claro y entendible, debido a que esta información la consulta la ciudadanía en general.
- En el caso del riesgo GCSP-08, si bien se encuentra dentro de la meta el indicador, este no refleja la alerta de la materialización de la causa asociada al riesgo. En este sentido, es importante tener en cuenta que, *el inadecuado funcionamiento de las herramientas tecnológicas* no corresponde al que hacer del proceso (GCSP) y en este sentido se estaría administrando un riesgo que no está en manos del proceso solucionar. Se recomienda ajustar la redacción de este riesgo y/o la identificación de otras causas que puedan controlar.
- El indicador “resultados de la medición del FURAG” asociado al riesgo SEPG-06, refleja la materialización del riesgo. Es decir, la alerta que emitiría el indicador, en caso de una materialización del riesgo, no daría lugar para que la Entidad tomara las correcciones pertinentes en aras de no afectar la calificación del Índice de Desarrollo Institucional - IDI. Se recomienda revisar la pertinencia de este indicador, debido a que éste nos debe alertar de la posible materialización o vulneración del riesgo, con el fin de tomar acciones oportunamente. El resultado del FURAG de una forma negativa daría cuenta de la materialización del riesgo y no lo prevendría.



- Teniendo en cuenta que la gestión del conocimiento es un tema transversal para la Entidad, se recomienda revisar el indicador o la redacción del riesgo SEPG-07, debido a que este riesgo se encuentra relacionado con la actividad “gestionar el conocimiento en la Entidad”.
- El indicador asociado al riesgo TPSC-03, no genera una alerta sobre la incorrecta identificación de los intereses de los ciudadanos. Cuantificar cuantos espacios de participación ciudadana realiza la Entidad, no dan cuenta de la identificación adecuada de las necesidades de los ciudadanos.

**Controles:** De los 7 procesos auditados, 3 identificaron oportunidades de mejora para los controles formulados para los riesgos. Entre las oportunidades de mejora identificadas por los equipos de riesgos se encuentran las siguientes: mejorar la redacción, unificar controles y revisar su pertinencia.

Así mismo, se observó que hay debilidades en la forma como ejecutan el control. Es pertinente que cada proceso identifique las herramientas de control que usan para realizar las validaciones y/o las verificaciones para ejecutar el control. De igual manera, la evidencia relacionada en el control debe obedecer a la acción que se realiza cuando se ejecuta el control. En la validación de las evidencias de la ejecución del control, se observó que éstas no obedecen a lo que hace en realidad el control. Lo anterior se debe a la debilidad en la formulación de los controles.

Se recomienda realizar ajustes a los controles asociados “al cómo lo hacen” y formularlos desde las herramientas de control que utiliza el proceso.

**Acciones de mitigación:** de los 15 riesgos auditados, 9 cuentan con acciones de mitigación. Se observó en las presentaciones realizadas por los equipos de riesgos, la oportunidad de mejorar las acciones de mitigación planteadas en aspectos relacionados con la redacción, las fechas de cumplimiento o la posibilidad de eliminarlas porque no están orientadas a mitigar el riesgo.

De acuerdo con lo anterior, es pertinente tener en cuenta lo siguiente:

- En el caso de eliminar la acción de mitigación, el proceso debe revisar el tratamiento del riesgo asignado y así determinar la formulación de una nueva acción de mitigación si es el caso.
- Una vez se actualicen y ajusten los lineamientos asociados al apetito del riesgo, los procesos deberán evaluar bajo estos lineamientos el tratamiento del riesgo.
- Validar la pertinencia de las acciones de mitigación.

**Materialización del riesgo:** para el análisis de la materialización de los riesgos, se observó que los equipos de riesgos tuvieron en cuenta varias fuentes de información como lo son las no conformidades generadas en las auditorías internas, los hallazgos, denuncias, las causas asociadas a los riesgos y eventos presentados y resultados de los indicadores. Esto les permitió realizar un análisis mas profundo y determinar con claridad la no materialización de sus riesgos.

Para finalizar este capítulo asociado a la primera línea de defensa, es importante resaltar que, el seguimiento a los riesgos permitió identificar oportunidades de mejora, generadas a partir del análisis del equipo de riesgo de cada uno de los procesos evaluados. Por lo anterior se puede concluir que esta es la

dinámica de un sistema y que es pertinente avanzar con las recomendaciones generadas a partir de esta auditoría y las oportunidades de mejora identificadas.

De igual manera, es pertinente que se tengan en cuenta las quejas recibidas por parte del cliente interno (procesos) con el fin de no desconocer la atención de estos requerimientos que puedan afectar a otros procesos de la Entidad.

▪ **La segunda línea de defensa (Grupo Interno de trabajo de Planeación, Grupo Interno de trabajo de tecnología de la información y Grupo Interno de trabajo de Talento Humano)**

Bajo el contexto del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG y obedeciendo a los aspectos claves para el Sistema de Control Interno señalados en el manual operativo del MIPG, en relación con el seguimiento a los riesgos se precisa que:

*“...Esta línea se asegura de que los controles y procesos de la gestión del riesgo de la primera línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos.*

*Los aspectos claves para el Sistema de Control Interno para tener en cuenta por parte de la segunda línea de defensa son:*

*Aseguramiento de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª Línea de Defensa sean apropiados y funcionen correctamente, supervisan la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.*

***Consolidación y análisis de información sobre temas claves para la entidad,** base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos.*

*Asesoría a la 1ª línea de defensa en temas clave para el Sistema de Control Interno: i) riesgos y controles; ii) planes de mejoramiento; iii) indicadores de gestión; iv) procesos y procedimientos. ...”<sup>5</sup>*

En este sentido, en esta auditoría se validó con la primera línea de defensa (equipos de riesgos), las actividades que realizaron con la segunda línea de defensa en materia de seguimiento. Respecto a lo anterior, se observó que la segunda línea de defensa antes de solicitar a la primera línea de defensa los seguimientos a los riesgos, generó un curso virtual que se encuentra disponible en SharePoint, con el fin de realizar la identificación de eventos y el análisis respectivo para presentar los seguimientos, permitiendo a la segunda línea de defensa verificar la correcta aplicación de estas prácticas y asesorando a los equipos de riesgos en posibles desviaciones.

<sup>5</sup> Manual operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, versión 4 marzo 2021 – página 118

A través de las entrevistas realizadas a la primera línea de defensa (equipos de riesgos) y teniendo en cuenta las evidencias suministradas, se evidenció que durante el proceso de seguimiento realizaron mesas de trabajo con la segunda línea de defensa. Estos espacios permitieron la identificación de oportunidades de mejora en temas asociados a los controles, redacción de riesgos, ajustes o eliminación de acciones de mitigación, formulación de los indicadores, incorporación de ajustes debido a cambios normativos y ajustes a las caracterizaciones de los procesos.

Lo anterior da cuenta, de la supervisión permanente sobre las prácticas implementadas en la Entidad para aplicar la metodología de la administración del riesgo en la Entidad, aportando valor a esta gestión desde la segunda línea de defensa.

En cuanto al aspecto clave asociado a *“la consolidación y análisis de información sobre temas claves para la entidad, base para la toma de decisiones y de las acciones preventivas necesarias para evitar materializaciones de riesgos”*, se validaron las acciones adelantadas por la segunda línea de defensa, con respecto a los temas que fueron identificados como debilidades en la evaluación independiente del sistema de control interno y se tomaron en cuenta los resultados del FURAG en materia de riesgos. De acuerdo con lo anterior, se señalan los siguientes avances:

#### **Evaluación independiente del SCI**

- Reportes presentados a la alta dirección por parte de la segunda línea de defensa con los resultados de los seguimientos asociados a los riesgos de proceso, corrupción, soborno y seguridad de la información.

Teniendo en cuenta las entrevistas realizadas, donde la segunda línea de defensa participó, se observó que, en noviembre del presente año se planificó la presentación y revisión por parte de la alta dirección.

Se recomienda tener en cuenta los riesgos materializados, la gestión adelantada para mitigarlos y la identificación de las acciones de mejora que han permitido fortalecer la gestión de los riesgos materializados; los riesgos que se aceptaron o asumieron durante el 2021 y su desempeño; el análisis de los procesos y/o proyectos susceptibles de posibles actos de corrupción.

Definir con la alta dirección el apetito del riesgo, de acuerdo con las observaciones realizadas en el capítulo de la planeación estratégica.

- Implementación de la gestión del riesgo asociada a la seguridad digital y seguridad de la información.

De acuerdo con lo informado en entrevista de auditoría, la segunda línea de defensa (gestión tecnológica), informó que se habían identificado 8 riesgos de seguridad de la información. Se evidenció en el documento “plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información ANI 2021”, los siguientes riesgos:

1. Revelar información reservada y clasificada para beneficio propio o de un tercero
2. Ocultar a la ciudadanía la información considerada pública
3. Destrucción de información con fines ilícitos

4. Fuga de información
5. Ataque Informático sobre la plataforma Tecnológica
6. Inadecuada gestión de requerimientos
7. Inadecuado tratamiento de datos personales
8. Cambios o modificaciones no autorizados a la plataforma tecnológica

Teniendo en cuenta que todos los procesos de la Entidad aplican, es importante que la segunda línea de defensa inicie con la socialización de los riesgos identificados y de igual manera involucre a los procesos en la identificación de los riesgos de seguridad digital y seguridad de la información. Así mismo, se debe articular esta gestión con la metodología de riesgos que se aplica actualmente en la Entidad.

- Evaluaciones de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos (riesgos de corrupción y soborno, análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios, quejas o denuncias sobre los servidores de la Entidad u otros temas relacionados).

De acuerdo con la información presentada por el equipo de riesgos de gestión de talento humano y teniendo en cuenta que este proceso también actúa como segunda línea de defensa, se observó que, debido a las acciones implementadas a través del plan de acción de la Entidad, se pueden presentar riesgos asociados al teletrabajo, trabajo en casa, coworking, telecomunicaciones entre otros temas aplicados de manera transversal en la Entidad. Se recomienda, tener en cuenta esta información con el fin de identificar riesgos que puedan afectar el cumplimiento del objetivo señalado en el proceso de gestión de talento humano.

De igual manera, se recomienda incorporar en los resultados que se presenten a la alta dirección como segunda línea de defensa, resultados asociados al código de integridad (riesgos de corrupción y soborno, análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios, quejas o denuncias sobre los servidores de la Entidad u otros temas relacionados con el comportamiento de los servidores), auditorías asociadas al SG-SST, planes de mejoramiento implementados a partir de las auditorías, evaluaciones de desempeño entre otros temas transversales que contribuyen a la toma de decisiones por parte de la alta dirección. Lo anterior obedece a los aspectos claves que este proceso debe atender como segunda línea de defensa.

Es importante precisar, que el MIPG a través de la política estratégica de talento humano señala que: *“El propósito de esta política es permitir que las entidades cuenten con talento humano integral, idóneo, comprometido y transparente, que contribuya a cumplir con la misión institucional y los fines del Estado, para lograr su propio desarrollo personal y laboral.*

*La Gestión Estratégica del Talento Humano - GETH exige la alineación de las prácticas de talento humano con los objetivos y con el propósito fundamental de la entidad. Para lograr una GETH se hace necesario vincular desde la planeación al talento humano, de manera que esa área pueda ejercer un*

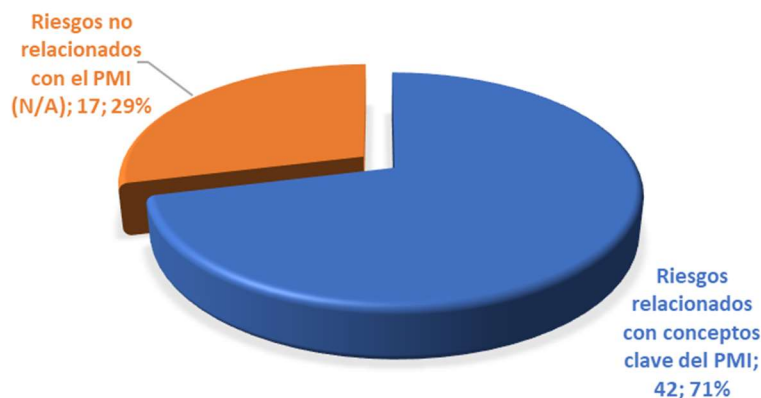
rol estratégico en el desempeño de la entidad, por lo que requiere del apoyo y compromiso de la alta dirección”.

### 5.3 Suficiencia de los riesgos asociados a los procesos de la Entidad con respecto al PMI y PMP

- Impacto del Plan de Mejoramiento Institucional en la gestión del riesgo de la Entidad<sup>6</sup>

Antes de entrar en materia es importante mencionar que: revisando la publicación de las matrices de riesgos de los 9 procesos definidos en el alcance, en la página web de la Entidad, con corte 30 de septiembre de 2021, se advierte que todos los procesos cuentan con publicación actualizada de su mapa de riesgos bajo la más reciente metodología para la gestión del riesgo emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.

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 Mapa de Riesgos Institucional -MRI:



De acuerdo con el análisis realizado, se pudo cuantificar que: de un universo de 59 riesgos institucionales vigentes en la Agencia Nacional de Infraestructura, se asocian los conceptos claves en relación con 42 riesgos equivalentes al 71% y 17 riesgos restantes que por sus características no se pudieron asociar a ningún concepto clave del Plan de Mejoramiento Institucional y corresponden al 29%.

*Reviste la mayor importancia, aclarar que esta relación se da por temática general en la mayoría de los casos y no porque la causa raíz del riesgo sea exacta a la causa raíz del hallazgo. La concepción del concepto clave del PMI se realizó a partir de los hallazgos vigentes y la identificación y agrupación de temáticas recurrentes de las situaciones ya materializadas, mientras que, la identificación de los riesgos tiene su*

<sup>6</sup> Informe asociado al Impacto del plan de mejoramiento institucional en la gestión del riesgo de la Entidad, generado por Juan Diego Toro Bautista

origen en la tipificación de eventuales situaciones y la implementación de controles que impidan o mitiguen su materialización.

Lo anterior, nos invita a los actores involucrados, a realizar un ejercicio de alineación de estos dos mundos, que nos permita contar con un mapa de riesgos que contemple las causas raíz de los hallazgos del PMI y de igual manera un Plan de Mejoramiento Institucional con conceptos clave basados en riesgos.

### **Categorías (Conceptos clave) relacionados con riesgos**

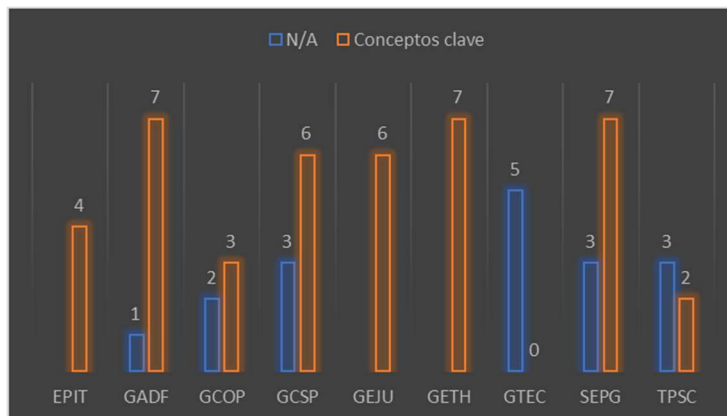
De los 59 riesgos, 42 se encuentran relacionados con problemáticas (conceptos clave) identificadas en el Plan de Mejoramiento Institucional y se agrupan en 5 categorías.

<b>Cant. Riesgos</b>	<b>Categorías (Concepto clave)</b>	<b>Cant. Hallazgos</b>
12	Debilidades en el seguimiento y control	15
10	Problemas en la gestión administrativa y financiera de la ANI	59
7	Problemas de Planeación	19
7	Problemas en actuaciones contractuales	73
6	Problemas en la gestión del talento humano de la ANI	1
<b>42</b>	<b>Totales</b>	<b>167</b>

Los mayores porcentajes de recurrencia de asociación entre los riesgos y los conceptos claves del PMI se identifican con los denominados i) Debilidades en el Seguimiento y Control (12 riesgos asociados), ii) Problemas en la gestión Administrativa y Financiera de la ANI (10 riesgos asociados) y iii) Problemas de Planeación (7 riesgos asociados). En suma, los tres conceptos claves abarcan el 69% de los riesgos.

En el Plan de Mejoramiento Institucional se encuentran 167 hallazgos relacionados con los 42 riesgos identificados con las cinco categorías o conceptos claves.

### **Distribución de las categorías por procesos**



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

- De los 9 procesos de la Entidad, en 8 de ellos (88%) se encuentra relación entre los riesgos y los conceptos claves del Plan de Mejoramiento Institucional. Es decir, de los 59 riesgos identificados por la Entidad, en 42 de ellos se encuentra relación con el concepto clave.
- Los conceptos claves asociados a los hallazgos del PMI, no se encuentran asociados a los riesgos del proceso de gestión tecnológica.

### Subcategorías relacionadas con riesgos

De los 59 riesgos, 42 se encuentran relacionados con subcategorías identificadas en el Plan de Mejoramiento Institucional, las cuales se agrupan en 14 subcategorías.

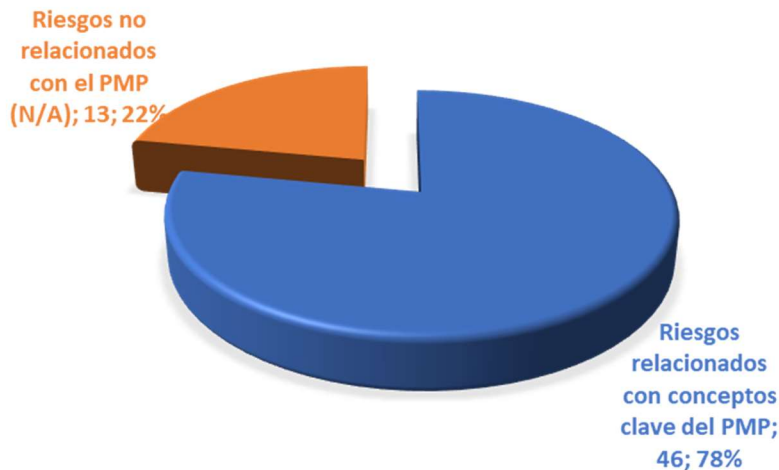
Cant. Riesgos	Subcategorías	Cant. Hallazgos
9	Deficiencias en la gestión interna judicial	10
6	Problemas en la gestión del talento humano de la ANI	1
5	Deficiencias estructuración del proyecto	7
4	Fallas en la planeación y ejecución del presupuesto de la ANI	14
3	Incumplimiento obligaciones	63
3	Problemas en la gestión administrativa de la ANI	5
2	Deficiencias manejo documental	2
2	Incremento de recursos para riesgos contingentes	4
2	Incumplimiento metas PND y PAA	12
2	Problemas en la gestión financiera de la ANI	35
1	Ausencia de interventoría en los proyectos	5
1	Fallas gestión garantías	1
1	Inconsistencias cobro de peaje	3
1	Información incompleta para registro contable oportuno	5

Cant. Riesgos	Subcategorías	Cant. Hallazgos
42	Total	167

En el Plan de Mejoramiento Institucional se encuentran 167 hallazgos relacionados con los 42 riesgos identificados con las catorce (14) subcategorías.

- Impacto del Plan de Mejoramiento por Procesos en la gestión del riesgo de la Entidad

Con el fin de comprender el comportamiento de los conceptos claves señalado en el Plan de Mejoramiento por Procesos que se encuentra vigente en relación con los riesgos identificados en los procesos, a continuación, se presenta el panorama cuantitativo del comparativo, entre estos dos componentes:



De acuerdo con el análisis realizado, se pudo cuantificar que: de un universo de 59 riesgos institucionales vigentes en la Agencia Nacional de Infraestructura, se asocian los conceptos claves en relación con 46 riesgos equivalentes al 78% y 13 riesgos restantes que por sus características no se pudieron asociar a ningún concepto clave del Plan de Mejoramiento por Procesos y corresponden al 22%.

Es importante precisar que esta relación se da por temática general en la mayoría de los casos y no porque la causa raíz del riesgo sea exacta a la no conformidad. La concepción del concepto clave del PMP se realizó a partir de las no conformidades vigentes y la identificación y agrupación de temáticas recurrentes de las situaciones ya materializadas, mientras que, la identificación de los riesgos tiene su origen en la tipificación de eventuales situaciones y la implementación de controles que impidan o mitiguen su materialización.

Lo anterior, nos invita a los actores involucrados, a realizar un ejercicio de articulación con estas dos herramientas de control, que nos permita visualizar un panorama preventivo que apoye la identificación



de nuevos riesgos en los procesos o identificar riesgos materializados a través de las no conformidades que se encuentren articuladas a la causa raíz del riesgo.

### Categorías (Conceptos clave) relacionados con riesgos

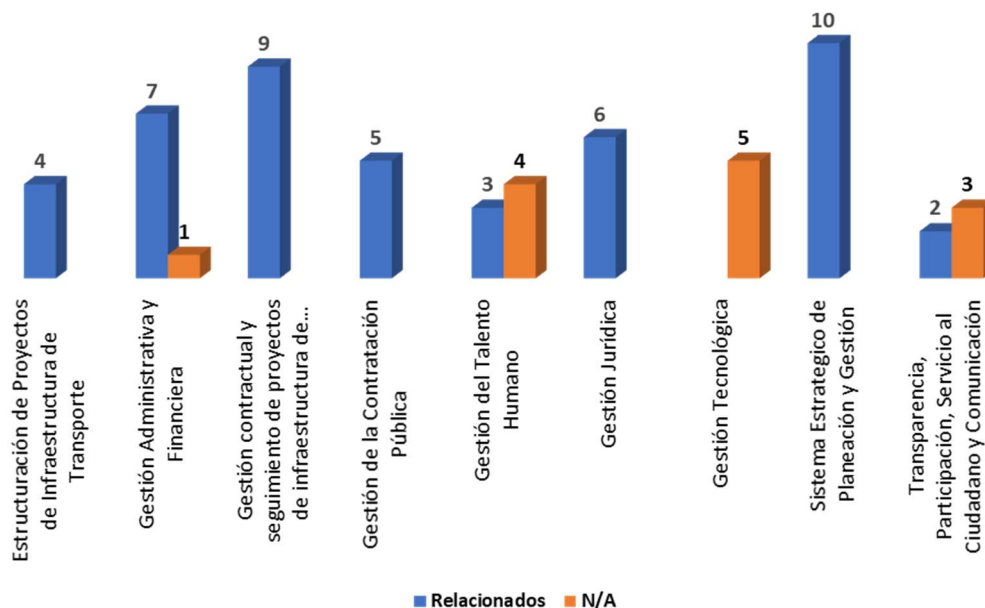
De los 59 riesgos, 46 se encuentran relacionados con problemáticas (conceptos clave) identificadas en el Plan de Mejoramiento por Procesos y se agrupan en 10 categorías.

CANTIDAD DE RIESGOS	CONCEPTO CLAVE	CANTIDAD NC
27	Inadecuada gestión de la supervisión	24
4	Problemas en la gestión contable y financiera	5
2	Problemas en planeación	4
1	Problemas en la ejecución de los proyectos	2
3	Problemas en la gestión de atención al ciudadano	2
4	Problemas en la gestión de los proyectos	2
1	Administración del riesgo de la entidad	1
1	Incumplimiento de manuales, instructivos y procedimientos internos.	1
1	Incumplimiento en la gestión jurídica	1
2	Problemas en la gestión administrativa	1
<b>46</b>	<b>TOTALES</b>	<b>43</b>

Los mayores porcentajes de recurrencia de asociación entre los riesgos y los conceptos claves del PMP se identifican con los denominados i) Inadecuada gestión de la supervisión (27 riesgos asociados), ii) Problemas en la gestión contable y financiera (4 riesgos asociados) y iii) Problemas de Planeación (2 riesgos asociados). En suma, los tres conceptos claves abarcan el 77% de los riesgos.

En el Plan de Mejoramiento por Procesos se encuentran 78 no conformidades abiertas relacionados con los 46 riesgos identificados con las diez categorías o conceptos claves.

### Distribución de las categorías por procesos



- De los 9 procesos de la Entidad, en 8 de ellos (88%) se encuentra relación entre los riesgos y los conceptos claves del Plan de Mejoramiento por Procesos. Es decir, de los 59 riesgos identificados por la Entidad, en 46 de ellos se encuentra relación con el concepto clave.
- Los conceptos claves asociados a las no conformidades del PMP, no se encuentran asociadas a las causas de los riesgos del proceso de gestión tecnológica.

De acuerdo con lo anterior, no se evidenció una relación directa con el riesgo y las no conformidades que se encuentran en el Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP, debido a que los conceptos claves son muy generales y los riesgos son específicos de actividades que realiza un proceso.

Se observó a través de este ejercicio de análisis, que la causa raíz de los riesgos identificados, no tiene relación con las no conformidades, sin embargo, es pertinente tener en cuenta estas situaciones como parte del análisis de causas que se realiza en la identificación de riesgos.

## 6. RECOMENDACIONES Y NO CONFORMIDADES

### 6.1 Recomendaciones

- Se recomienda validar los controles actuales y realizar los ajustes asociados a las herramientas que ejecutan para ejercer el control, evidencias y redacción del control. Es pertinente revisar la identificación y formulación de los controles.

 <p>Agencia Nacional de Infraestructura</p>	<p align="center"><b>AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA</b></p> <p align="center"><b>Auditoría a la administración del riesgo de la ANI</b></p>	 <p align="center"><b>El futuro es de todos</b></p> <p align="right">Gobierno de Colombia</p>
--	--	--

- b. Es pertinente realizar la socialización de los riesgos asociados a seguridad de la información y seguridad digital. De igual manera es pertinente que estos riesgos se incluyan dentro de la metodología que aplica la Entidad para administrar los riesgos.
- c. Si bien la mayoría de los equipos de riesgos trabajaron en equipo para presentar los seguimientos a los riesgos, es pertinente fortalecer el trabajo en equipo en los equipos de riesgos.
- d. Se recomienda incluir actividades en las caracterizaciones del proceso, que se han venido implementado a partir de la planeación estratégica de la Entidad y verificar la pertinencia de realizar análisis para identificar riesgos nuevos.
- e. Se recomienda a la segunda línea de defensa, realizar las actualizaciones pertinentes a la política de la administración del riesgo y ajustar si es el caso el apetito del riesgo de acuerdo con la información presentada a la alta dirección.
- f. Evaluar permanentemente el funcionamiento de las herramientas diseñadas para la aplicación de la metodología para administrar los riesgos, con el fin de identificar oportunidades de mejora y fortalecer las herramientas.

#### **Recomendaciones desde el Plan de Mejoramiento Institucional**

- a. Se recomienda realizar 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 señaladas 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 conjuren 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.
  - 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 tanto de riesgos como de hallazgos.
- b. 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.
 

Realizar un ejercicio de alineación del Mapa de Riesgos Institucionales y el Plan de Mejoramiento Institucional, que le permita a la Entidad contar con un mapa de riesgos que contemple las causas raíz de los hallazgos del PMI y de igual manera un Plan de Mejoramiento Institucional con conceptos clave basados en riesgos.
- c. 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 Republica y la descripción de los riesgos institucionales con el fin de evidenciar y/o identificar la materialización de estos, fortalecer sus

controles y mitigar el riesgo de ocurrencia o en su defecto incluir riesgos que no hayan sido identificados en los procesos.

- d. Las recomendaciones anteriores pueden aplicar para el Plan de Mejoramiento por Procesos -PMP.

## 6.2 No conformidades

No se evidenciaron incumplimientos que afectaran la debida administración del riesgo en la Entidad.

Auditó:

**Yuly Andrea Ujueta Castillo**  
Auditor Oficina de Control Interno

Revisó y Aprobó informe:

**Gloria Margoth Cabrera Rubio**  
Jefe Oficina de Control Interno

(versión original firmada)