

Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20201020061583



Fecha: 04-05-2020

**MEMORANDO**

Bogotá D.C

**PARA: Dr. MANUEL FELIPE GUTIÉRREZ TORRES**  
Presidente**Dr. DIEGO ALEJANDRO MORALES SILVA**  
Vicepresidente de Planeación, Riesgos y Entorno**Dr. LUIS EDUARDO GUTIÉRREZ DÍAZ**  
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 el mes de abril de 2020, realizó la auditoría asociada a la gestión de la administración del riesgo de la Entidad.

Las conclusiones se describen en el capítulo 6 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 las no conformidades contenidas en el documento adjunto, en consideración a la necesaria documentación de respuesta a través de la

La movilidad  
es de todos

Mintransporte





Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20201020061583



Fecha: 04-05-2020

## MEMORANDO

adopción de 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 anexarlo a la respuesta del plan propuesto.

Cordialmente,

**GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO**

Jefe Oficina de Control Interno

Anexos: Informe de auditoría 21 folios

cc: 1) LUIS EDUARDO GUTIERREZ DIAZ (VGC) Vicepresidencia de Gestión Contractual BOGOTA D.C. -2) CARLOS ALBERTO GARCIA MONTES (VICE) Vicepresidencia Ejecutiva BOGOTA D.C. -3) DIEGO ALEJANDRO MORALES SILVA (VICE) Vicepresidencia de Planeación Riesgos y Entorno BOGOTA D.C. -4) FERNANDO AUGUSTO RAMIREZ LAGUADO (VICE) Vicepresidencia Jurídica BOGOTA D.C. -5) DIANA CECILIA CARDONA RESTREPO (VICE) Vicepresidencia de Estructuración 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) ANDRES FRANCISCO BOADA 1 (COOR) GIT de Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones BOGOTA D.C. -9) CAROLINA GUAMAN MONTERO Oficina de Comunicaciones BOGOTA D.C. -10) ISABEL CRISTINA AGUDELO PENA (JEFE) GIT de Planeación 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



La movilidad  
es de todos

Mintransporte

## INFORME DE AUDITORÍA



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

# 2020

## CONTENIDO

1.	OBJETIVOS .....	3
1.1	Objetivo general .....	3
1.2	Objetivos específicos .....	3
2.	ALCANCE .....	3
3.	MARCO NORMATIVO .....	3
4.	METODOLÓGIA .....	4
5.	DESARROLLO DEL INFORME .....	11
5.1	Cumplimiento de las responsabilidades de la Línea Estratégica .....	11
5.2	Cumplimiento de las responsabilidades de la Primera Línea Defensa .....	14
5.3	Cumplimiento de las responsabilidades de la Segunda Línea de Defensa .....	28
5.4	Efectividad de las acciones de mejora en la administración del riesgo .....	36
6.	RECOMENDACIONES Y NO CONFORMIDADES .....	40
6.1	Recomendaciones .....	40
6.2	No conformidades .....	41

 <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="center">Gobierno de Colombia</p>
--	--	---

## 1. OBJETIVOS

### 1.1 Objetivo general

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.

### 1.2 Objetivos específicos

- a. Verificar el cumplimiento de las responsabilidades asignadas a través de las líneas de defensa en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – Séptima Dimensión Control Interno.
- b. Verificar los avances que la Entidad ha tenido frente a las recomendaciones y no conformidades generadas por la Oficina de Control Interno en la Administración del Riesgo de la Entidad.

## 2. ALCANCE

Este informe de auditoría se realizó 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 y teniendo en cuenta lo propio del Plan de Mejoramiento Institucional –PMI y Plan de Mejoramiento por Procesos -PMP, a través de una muestra selectiva, en el periodo comprendido entre 1° de octubre de 2019 y el 30 de marzo de 2020.

## 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”.
- ✚ 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.
- ✚ 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.
- ✚ ISO 37001 de 2016 – Sistema de Gestión Antisoborno.
- ✚ 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 establecido en el Estatuto de Auditoría y Código de Ética del Auditor, el procedimiento de auditorías interna (EVCI-P-002 versión 6 del 16 de julio de 2018) y 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:

- a. Solicitud de información:** De acuerdo con la información que se encuentra publicada en la página web de la Entidad, en materia de riesgos, se estableció el alcance y objetivos para iniciar la auditoría correspondiente a la administración del riesgo de la ANI.

A través del correo electrónico del 1 de abril de 2020, se solicitó al Grupo Interno de Trabajo de Planeación, la confirmación de la información que se encuentra publicada en la página web de la Entidad y la solicitud de información que contribuye al desarrollo de este informe.

Con la información requerida a través del correo electrónico anterior, se realizó el esquema de la auditoría que aborda temas asociados al cumplimiento de las responsabilidades asignadas a través de las líneas de defensa que se determinan en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.

- b. Notificación y apertura de auditoría:** La notificación y apertura de auditoría se realizó a través de correo electrónico el 1 de abril de 2020. En esta notificación se adjuntó el plan de auditoría, en el cual se determinan los tiempos en los que se llevaron a cabo las actividades que dan paso para el desarrollo de la auditoría. Lo anterior, con el fin de conseguir que los responsables se encuentren atentos a los requerimientos que se presenten a lo largo de la auditoría.

c. **Ejecución de la auditoría:** Dentro del marco del esquema de responsabilidades integrado por las cuatro líneas de defensa, establecidas a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - séptima dimensión - control interno, se determinan las siguientes actividades con el fin de dar cumplimiento a los objetivos señalados en este informe de auditoría:

- ✦ **Selección de la muestra para auditar:** Para elegir la muestra de esta auditoría, se establecieron los siguientes criterios: el total de los riesgos identificados por la Entidad, los procesos que fueron auditados en el último ejercicio de auditoría y el número de controles determinados para cada uno de los riesgos vigentes.

De acuerdo con estos criterios, se estableció un 52% en el nivel de confianza de la muestra, es decir, que se eligieron 24 riesgos institucionales que cumplieran con los requisitos establecidos, generando el siguiente resultado:

NOMBRE DEL PROCESO	# DE RIESGOS IDENTIFICADOS	# DE CONTROLES FORMULADOS	AUDITADO	RIESGOS PARA AUDITAR
Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte	10	36	SI	3
Gestión del Talento Humano	6	7	SI	2
Gestión jurídica	6	11	SI	2
Estructuración de proyectos de infraestructura de transporte	4	7	NO	3
Gestión de la Tecnología	4	11	SI	3
Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	4	13	SI	2
Evaluación y Control Institucional	3	7	NO SE AUDITA	
Gestión administrativa y financiera	3	12	NO	3
Gestión de la contratación pública	3	3	NO	3
Transparencia, participación, servicio al ciudadano y comunicación	3	3	NO	3
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>46</b>	<b>110</b>	<b>52% DE LA MUESTRA</b>	<b>24</b>



De acuerdo con la información anterior, se auditaron tres riesgos de los procesos correspondientes a gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte, estructuración de proyectos de infraestructura de transporte, gestión administrativa y financiera, gestión de la tecnología, gestión de la contratación pública y transparencia, participación, servicio al ciudadano y comunicación.

En el caso de los procesos de gestión de talento humano, gestión jurídica, y sistema estratégico de planeación y gestión, se auditaron dos riesgos, debido a que estos procesos fueron auditados el año pasado. En el caso del proceso de Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte se auditaron tres riesgos debido a la cantidad de riesgos identificados en este proceso y en Gestión de la tecnología se auditaron tres riesgos debido a que es uno de los tres primeros procesos que presenta mayor número de controles formulados.

En cuanto a los riesgos asociados al proceso de evaluación y control institucional, no son auditados debido a que este proceso es liderado por la Oficina de Control Interno, quien se encuentra realizando este informe de auditoría.

La muestra que se determinó en esta ocasión se usó para verificar el cumplimiento de las responsabilidades de la primera línea de defensa en lo correspondiente a la identificación riesgos (causas-controles), evaluación del diseño y ejecución de controles y verificación de la evaluación del riesgo residual.

De acuerdo con lo anterior, a continuación se listan los riesgos que son objeto de esta auditoría:

RIESGOS DE CADA PROCESO		CONTROLES ASIGNADOS
<b>Estructuración de proyectos de infraestructura de transporte</b>		<b>6</b>
1	Estructuraciones inconclusas por insuficiencia en la disponibilidad de recursos	1
2	Modificaciones contractuales que impliquen reconocimientos al concesionario o sobrecostos durante la ejecución del proyecto, por incumplimiento de los procedimientos de estructuración para una adecuada socialización.	2
3	Proceso de selección declarado desierto, contratos terminados anticipadamente y/o liquidados por deficiencia en la aplicación de los procedimientos del proceso de estructuración y debilidad en los productos de estructuradores, evaluadores, originadores e interventores.	3



RIESGOS DE CADA PROCESO		CONTROLES ASIGNADOS
<b>Gestión administrativa y financiera</b>		<b>12</b>
4	Cese de actividades de la Entidad	2
5	Detrimento Patrimonial	5
6	Sanciones disciplinarias, fiscales y penales	5
<b>Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte</b>		<b>16</b>
7	Inadecuada e inoportuna supervisión y seguimiento de las obligaciones contractuales	7
8	Pérdida de credibilidad de los grupos de interés	4
9	Sobrecostos en la ejecución de los proyectos	5
<b>Gestión de la contratación pública</b>		<b>3</b>
10	Adjudicación que no satisface necesidades de la entidad.	1
11	Hallazgos por acciones administrativas y judiciales.	1
12	Proceso de selección con declaratoria de Desierto, con Resolución de Revocatoria o con términos fuera del plazo esperado.	1
<b>Gestión de la Tecnología</b>		<b>9</b>
13	Falta de oportunidad en la prestación del servicio	3

RIESGOS DE CADA PROCESO		CONTROLES ASIGNADOS
14	Inadecuada implementación de las soluciones tecnológicas	3
15	Indisponibilidad de los servicios tecnológicos.	3
<b>Gestión del Talento Humano</b>		<b>2</b>
16	Deficiencias en la entrega de información al retirarse del cargo.	1
17	Nivel no satisfactorio en los resultados de las evaluaciones del desempeño laboral.	1
<b>Gestión jurídica</b>		<b>5</b>
18	Pérdida de demandas que debían haber sido favorables a la entidad	2
19	Sanciones por incumplimiento de términos para atender requerimientos de organismos de control.	3
<b>Sistema estratégico de Planeación y Gestión</b>		<b>8</b>
20	Incumplimiento de metas y objetivos	3
21	Inviabilidad en la continuidad del modelo de negocio	5
<b>Transparencia, participación, servicio al ciudadano y comunicación</b>		<b>3</b>
22	Afectación de la imagen y buen nombre de la entidad (Reputación)	1
23	Imposición de acciones de tutela e imposición de sanciones legales	1

RIESGOS DE CADA PROCESO		CONTROLES ASIGNADOS
24	Impunidad	1

Cabe resaltar que la información que se usó para establecer esta muestra fue consultada en la página web de la Entidad en el siguiente vínculo: <https://www.ani.gov.co/r-institucionales-y-por-procesos>

- + **Parámetros de calificación de las líneas de defensa:** Para establecer los parámetros de calificación de las líneas de defensa, se asignó una tabla de valores, los cuales permitieron determinar el nivel de implementación de las líneas de defensa. A continuación se relaciona la tabla de valores:

NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS LÍNEAS DE DEFENSA			
Las responsabilidades no son ejecutadas	Las responsabilidades se cumplen parcialmente	Las responsabilidades se ejecutan, pero no en todos los casos de manera adecuada	Se cumple con las responsabilidades asignadas
0% – 30%	31%-59%	60% - 80%	81% - 100%

El nivel de cumplimiento de las responsabilidades asociadas a las líneas de defensa se generó en el diligenciamiento de la lista de chequeo asignada a cada uno de los procesos.

- + **Aplicación de listas de chequeo:** A través de estas listas de chequeo, se evaluó el nivel de cumplimiento de las responsabilidades asignadas a cada línea de defensa en lo que corresponde a la administración del riesgo. Cabe resaltar que las responsabilidades evaluadas, corresponden a las asignadas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG a través del Manual Operativo del MIPG correspondiente a la versión 3 de diciembre de 2019.

De acuerdo con lo programado en el plan de auditoría, el 6 de abril del presente año, se remitió a través de correo electrónico estas listas de chequeo a los líderes de proceso y sus equipos de riesgos y a las personas responsables de la Línea Estratégica y Segunda Línea de Defensa.

Con respecto a la valoración de cada una de las preguntas, se asignó un valor para calificar el grado de cumplimiento de la responsabilidad (requisito) de la siguiente manera: dos puntos para la responsabilidad que se cumple, un punto para la responsabilidad que se cumple parcialmente y cero puntos para la que no se cumple. A continuación se relaciona estas calificaciones:

OPCIÓN DE RESPUESTA	VALORACIÓN CUANTITATIVA	VALORACIÓN CUALITATIVA
<b>SI</b>	2 Puntos	Cumple el 100% de la responsabilidad.
<b>PARCIAL</b>	1 Punto	Cumple de manera parcial la responsabilidad.
<b>NO</b>	0 Puntos	No cumple la responsabilidad.

De esta manera se tabuló un resultado final, teniendo en cuenta el número de preguntas de la lista de chequeo. Esta calificación final, determinará el nivel de cumplimiento de las responsabilidades de cada línea de defensa.

En el caso de la primera Línea de Defensa, se aplicó una lista de chequeo por cada proceso, del resultado obtenido en cada una de las listas de chequeo y se calculó el promedio de cumplimiento de las responsabilidades, con el fin de obtener una sola calificación.

- + **Aplicación de encuesta:** Se diseñó una encuesta con el fin de evaluar la percepción que tiene cada uno de los integrantes de los equipos de riesgos, frente a los temas asociados a la ISO 37001:2016 y SARLAFT. Los resultados de esta encuesta se vieron reflejados en la evaluación de las tres líneas de defensa.

Esta encuesta se envió a través de correo electrónico a los equipos de riesgos de cada proceso. La totalidad de las encuestas que se esperaban corresponde a 30, sin embargo, se recibieron 22 encuestas. Lo suficiente para marcar una tendencia en los equipos de riesgos.

La intención de esta encuesta consiste en identificar las fortalezas y debilidades que se tienen frente a la implementación de estas normas, teniendo en cuenta la línea que dio la alta dirección.

- + **Metodología aplicada para la evaluación de controles:** De acuerdo con la muestra señalada anteriormente, se verificó y evaluó el diseño y ejecución de los controles, teniendo en cuenta lo establecido en la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- + **Análisis de la información:** A través de las listas de chequeo aplicadas a cada línea de defensa, se evaluó el cumplimiento de las responsabilidades asignadas a cada una de ellas. Por otro lado, se tomaron las respuestas de las listas de chequeo y se compararon con la información correspondiente a los mapas de riesgos institucionales. De acuerdo con el ejercicio anterior, se analizó el grado de cumplimiento de cada línea de defensa teniendo en cuenta los lineamientos establecidos a través de la política de riesgo en lo correspondiente a la identificación y evaluación del riesgo y el diseño y ejecución de controles. Lo anterior, permitió verificar si la evaluación de las líneas de defensa presentada a través de las listas de chequeo corresponde a la realidad de la Entidad.

Para los casos en los que se observó una desviación en el cumplimiento de las responsabilidades, se registró en el informe las evidencias y las recomendaciones respectivas con el fin de fortalecer el cumplimiento de las responsabilidades asignadas a las líneas de defensa.

Debido a que la Entidad se encuentra certificada en la norma ISO 37001:2016 - Sistema de Gestión Antisoborno y ha venido adelantado actividades asociadas a SARLAFT – Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, esta auditoría aplicó a cada uno de los integrantes de los equipos de riesgos de cada proceso, una encuesta de percepción asociada a estas normas. Con los resultados de esta encuesta se analizó la percepción del conocimiento de estas normas, el compromiso de los líderes de proceso en el cumplimiento de los requisitos de la ISO 37001:2016 y la toma de conciencia y formación que se tiene de estas normas.

Los resultados de esta encuesta se relacionaron con el cumplimiento de las responsabilidades asignadas a las líneas de defensa, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la alta dirección respecto a estas normas.

Por último, se verificó el cumplimiento y avances de las acciones establecidas para tratar las no conformidades teniendo en cuenta los resultados de las evaluaciones asociadas a las líneas de defensa.

- ✚ **Resultados de la auditoría:** En el capítulo 5 de este informe se encuentra el desarrollo de los ejercicios de análisis de esta auditoría y sus resultados. Las recomendaciones y no conformidades que se generaron en esta auditoría se pueden consultar en el capítulo 6 de este informe.

## 5. DESARROLLO DEL INFORME

Para el desarrollo de este capítulo, se tuvieron en cuenta las respuestas generadas a través de las listas chequeo, los resultados de las encuestas recibidas y los resultados del análisis correspondiente a las causas, calificación de los controles y valoración del riesgo residual de los riesgos institucionales.

Frente a las listas de chequeo, esta auditoría recibió en su totalidad la información requerida. Con respecto a las encuestas fueron recibidas 22 encuestas de las 30 que se debieron recibir. Un número representativo para generar los resultados de percepción sobre la Norma ISO37001:2016 y SARLAFT.

A continuación, se presentan los resultados de los ejercicios por líneas de defensa, con el fin de verificar su grado de implementación en la Entidad:

### 5.1 Cumplimiento de las responsabilidades de la Línea Estratégica

De acuerdo con la información recibida por parte del Grupo Interno de Trabajo de Planeación, a través del correo electrónico del 14 de abril de 2020, producto de la aplicación de la lista de chequeo de la Línea Estratégica y teniendo en cuenta que este grupo ha venido implementando en la Entidad los lineamientos impartidos por parte de esta Línea de Defensa, a continuación se relaciona la calificación correspondiente al nivel de implementación de la Línea Estratégica:

<b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA ESTRATEGICA</b>	<b>71%</b>	<b>Las responsabilidades se ejecutan, pero no en todos los casos de manera adecuada.</b>
--	------------	--

Por lo anterior y teniendo en cuenta las evidencias proporcionadas, esta auditoría observó que la Línea Estratégica (La Alta dirección y/o Comité Institucional de Coordinación de Control Interno) definió y aprobó la política de la administración del riesgo, como marco general para la gestión del riesgo. Este documento se encuentra disponible en la página web de la Entidad para su consulta en el siguiente vínculo: [https://www.ani.gov.co/sites/default/files/sig//sepg-pt-003\\_politica\\_administracion\\_riesgos\\_v1.pdf](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/sig//sepg-pt-003_politica_administracion_riesgos_v1.pdf)

De igual manera, la alta dirección participó en la elaboración de la planeación estratégica para el 2020, teniendo en cuenta la identificación de riesgos corporativos y riesgos emergentes. Como resultado de este ejercicio se logró el Plan Estratégico de la Entidad para el 2020, el cual se encuentra pendiente de aprobación por parte del Consejo Directivo, pero 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/plan\\_estrategico\\_2018\\_-\\_2022\\_-\\_version\\_final\\_27032019.xlsx](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/plan_estrategico_2018_-_2022_-_version_final_27032019.xlsx)

De acuerdo con la información anterior, se evidenciaron modificaciones en el plan estratégico de la Entidad en los focos y objetivos estratégicos debido al Plan Nacional de Desarrollo – PND 2019.2023. A pesar de estos ajustes, los riesgos se mantienen sin novedades al respecto, teniendo en cuenta el último seguimiento a los riesgos reportado por los líderes de proceso.

Es importante resaltar, que la Línea Estratégica analiza los riesgos y amenazas institucionales que comprometen el cumplimiento de los planes institucionales, evidencia de ello, es la implementación del Sistema de Gestión Antisoborno - ISO 37001:2016 y la certificación de esta Norma en el año 2019.

Por otro lado, la Entidad adelantó acciones con la Unidad de Información y Análisis Financiero – UIAF con el fin de realizar la implementación del Sistema de Administración del Riesgo de Lavados de Activos y Financiación del Terrorismo -SARLAFT pero no fue posible su implementación debido a que la Entidad actúa como órgano de información para la UIAF, si se llegará a percibir un delito de lavado de activos y financiación del terrorismo. De acuerdo con lo anterior, la alta dirección aprobó un comunicado para la UIAF, notificando a la Entidad como colaboradora para reportar actividades asociadas al lavado de activos y financiación del terrorismo (Información reportada y publicada en el plan estratégico 2019 – seguimiento del cuarto trimestre de 2019).

Si bien los responsables de la Línea Estratégica dan lineamientos para la implementación de metodologías que contribuyen a la identificación de riesgos que pueden comprometer el cumplimiento de los objetivos de la Entidad, no se evidenció la evaluación sobre la administración de los riesgos institucionales. Es decir, que los resultados de la administración del riesgo del año 2019 aún no han sido presentados a la alta dirección y/o Comité de Coordinación de Control Interno.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta auditoría presenta las siguientes situaciones relacionadas con la administración del riesgo de la Entidad, producto de la evaluación realizada a la primera y segunda línea de

defensa en este informe de auditoría. Estas situaciones contribuyen a la evaluación asociada a la aplicación de la política de administración del riesgo que debe realizar la Línea Estratégica:

- a. **Riesgos materializados:** Se evidenció en el ejercicio de esta auditoría la materialización de riesgos misionales correspondientes a “Inadecuada e inoportuna supervisión y seguimiento de las obligaciones contractuales” y “Sobrecostos en la ejecución de los proyectos”. En el caso del primer riesgo citado, se observó que su riesgo residual es asumido por la Entidad. Si bien se encuentra en una Zona Baja, es importante revisar y realizar de nuevo la calificación al riesgo inherente teniendo en cuenta que este evento si se ha presentado.
- b. **Monitoreo del estado de los riesgos aceptados (asumidos):** De los 24 riesgos evaluados en este informe, se observó que 12 de ellos, el riesgo residual será asumido por la Entidad. Llama la atención el riesgo “Detrimento Patrimonial”, el cual se encuentra en una Zona de Riesgo Alto y, aun así, su tratamiento es asumirlo, lo que va en contra de las políticas de administración del riesgo de la Entidad establecidas en el Manual para la Administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004 Versión 002 del 11 de julio de 2017 Pág. 13 literal f).
- c. **Aplicación de la metodología de forma inadecuada:** De los 24 riesgos evaluados en este informe, 12 presentan inconsistencias en la aplicación de la metodología de administración del riesgo establecida por la Entidad. Es decir, el 9 de estos riesgos, se encuentran con el riesgo residual evaluado de manera incorrecta, 4 se encuentran redactados de manera incorrecta, 3 se encuentran con un tratamiento incorrecto, 2 presentan inconsistencias con el riesgo inherente y 1 se le debe asignar acciones de mitigación debido a su riesgo residual.
- d. **Estado de los controles de los riesgos:** Se observó que 8 de los 24 riesgos, cuentan con controles que abordan las causas de estos riesgos.

Teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a través de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, se observó que, de los 64 controles diseñados para los riesgos evaluados 63 presentan debilidades en el cumplimiento de los requisitos para el adecuado diseño de controles. Teniendo en cuenta lo anterior, es posible que el riesgo residual, el tratamiento del riesgo y las acciones de mitigación asignadas se encuentren de manera incorrecta.

Las situaciones mencionadas anteriormente, deben tenerse en cuenta para la evaluación adecuada de la política de administración del riesgo de la Entidad, ya que estas dan cuenta de las debilidades en la aplicación de la metodología para administrar los riesgos de la gestión institucional.

Es importante crear mecanismos de seguimiento y/o monitoreo por parte de la Línea Estratégica para garantizar que la política de administración del riesgo<sup>1</sup> se cumpla, en especial respecto a los siguientes objetivos:

<sup>1</sup> Política de Administración de Riesgos: [https://www.ani.gov.co/sites/default/files/sig//sepg-pt-003\\_politica\\_administracion\\_riesgos\\_v1.pdf](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/sig//sepg-pt-003_politica_administracion_riesgos_v1.pdf)



- a. **Promover el reporte oportuno:** Fortalecer los seguimientos, análisis y efectividad de controles y la implementación de acciones, que permitan detectar de forma oportuna situaciones de riesgos potenciales.
- b. **Prevenir la materialización de los riesgos:** Involucrar y comprometer a todos los servidores de la Entidad en la búsqueda de acciones efectivas encaminadas a prevenir y administrar los riesgos de forma oportuna.

Finalmente, y teniendo en cuenta el análisis anterior, no se evidenció el cumplimiento de las siguientes responsabilidades asignadas a la línea Estratégica:

- a. La Alta dirección y/o Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evalúa la aplicación de la política de administración del riesgo. Esta evaluación debe incluir los cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo y riesgos emergentes.
- b. La Alta dirección y/o Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, monitorea el estado de los riesgos aceptados (apetito por el riesgo).

Por lo anterior, se concluye que el nivel de implementación de la Línea Estratégica corresponde a un **64%**, teniendo en cuenta que de las 7 responsabilidades asignadas 4 fueron cumplidas, 1 se cumple parcialmente y 2 no se cumplen, de acuerdo con lo evidenciado en la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno. En conclusión, las responsabilidades asignadas se ejecutan, pero no en todos los casos de manera adecuada.

## 5.2 Cumplimiento de las responsabilidades de la Primera Línea Defensa

La siguiente calificación corresponde al promedio del cumplimiento de las responsabilidades asignadas a la Primera Línea de Defensa, teniendo en cuenta las respuestas de las listas de chequeo, remitidas a esta auditoría por parte de los líderes de proceso y equipos de riesgos asignados en cada proceso:

<p>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA</p>	<p>94%</p>	<p>Se cumple con las responsabilidades asignadas</p>
---	------------	--

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, esta auditoría verificó las respuestas de las listas de chequeo, desarrollando ejercicios de evaluación correspondientes a la administración del riesgo asociados al diseño de los controles, la asignación de los controles para cada una de las causas identificadas, el riesgo inherente, riesgo residual y el tratamiento asignado para los riesgos de la muestra señalada en este informe. Por lo anterior, a continuación, se listan las nueve responsabilidades asignadas a la primera línea de defensa y su cumplimiento de acuerdo con los resultados de los ejercicios señalados anteriormente:

- a. **La primera línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) identifica cambios que incidan en los riesgos y propone los ajustes correspondientes.**

A partir de los nuevos lineamientos establecidos por la Entidad, asociados a la metodología de la administración del riesgo, se observó que los líderes de proceso y/o equipos de los riesgos de cada proceso, realizaron ajustes a los mapas de riesgos de cada proceso en lo correspondiente a la

identificación de riesgos y determinación de nuevas causas. Por otra parte, se observó que la redacción y calificación de los controles, presentan ajustes obedeciendo a los nuevos lineamientos del DAFP. Lo anterior se evidenció en la información que se encuentra publicada en la página web de la Entidad, en materia de riesgos, en el vínculo <https://www.ani.gov.co/r-institucionales-y-por-procesos>.

Teniendo en cuenta lo anterior, la primera línea de defensa **cumple** con la identificación de cambios que incidan en los riesgos y participa a través de los equipos de riesgos de cada proceso en la construcción de su mapa de riesgos, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Entidad.

**b. La primera línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) identifica la posibilidad de soborno en el proceso e informa oportunamente.**

A partir de la implementación y certificación del Sistema de Gestión Antisoborno ISO 37001:2016, todos los procesos cuentan con un mapa de riesgos de soborno.

Para conocer la percepción que tiene cada uno de los integrantes de los equipos de riesgos de cada proceso, se aplicó una encuesta donde se reflejaron los siguientes resultados en materia de conocimiento, toma de conciencia y formación:

- ✚ El 100% de los encuestados, identifica que la ISO 37001:2016 es una Sistema de Gestión Antisoborno.
- ✚ El 100% de los encuestados, percibe que el líder de proceso cuida que se cumplan los requisitos del sistema de gestión antisoborno, se apliquen y se cumplan.
- ✚ El 50% de los encuestados conoce la política antisoborno, los procedimientos y el sistema de gestión antisoborno de la Entidad; el 45% las conoce parcialmente y el 5% no las conoce.
- ✚ Para el 50% de los encuestados, el nivel de conciencia del riesgo de soborno en la Entidad es “Bueno”; el 27% considera que es “excelente” y el 23% considera que es “Aceptable”.
- ✚ El 73% de los encuestados conoce las circunstancias en las que el soborno puede ocurrir en relación con sus funciones; el 14% las conoce parcialmente y el 13% no las conoce.
- ✚ El 64% de los encuestados sabe cómo y a quién se debe informar de cualquier inquietud relacionada con soborno. Sin embargo, en el momento de describir el procedimiento que se debe seguir, se relacionan diversas opciones para informar situaciones asociadas al soborno.

De acuerdo con la información anterior, la primera línea de defensa **cumple** con esta responsabilidad, sin embargo, se recomienda revisar las debilidades detectadas en las encuestas con el fin de generar acciones que permitan fortalecer los conocimientos en esta norma a los equipos de riesgos de cada proceso.

**c. La primera línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) revisa en coordinación con el G.I.T. de planeación (Segunda línea de defensa) la identificación de los riesgos.**

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de las listas de chequeo, los 9 equipos de riesgos de los procesos evaluados consideran que cumplen con esta responsabilidad.

De acuerdo con la verificación realizada a los riesgos de la muestra, a través de los mapas de riesgos institucionales, se observó que de los 24 riesgos evaluados 4 presentan errores en su redacción o la identificación del riesgo no es adecuada.

Teniendo en cuenta lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles para entidades públicas del DAFP, en la redacción del riesgo se debe evitar iniciar con palabras negativas como: “No...”, “Que no...” o con palabras que denoten un factor de riesgo (causa) tales como: “Ausencia de..”, “Falta de...”, “poco (a)...”, “escaso (a)...”, “insuficiente...”, “deficiente...”, “debilidades en...”<sup>2</sup>. A continuación se relacionan los riesgos que presentan estas situaciones:

<b>Redacción del riesgo inadecuada o identificación del riesgo de manera incorrecta.</b>	Adjudicación que <b>no satisface</b> necesidades de la entidad.
	Nivel <b>no satisfactorio</b> en los resultados de las evaluaciones del desempeño laboral.
	<b>Deficiencias</b> en la entrega de información al retirarse del cargo. Posible causa.
	<b>Falta</b> de oportunidad en la prestación del servicio. Posible causa.

Por lo anterior, se concluye que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial** por parte de la primera línea de defensa. Si bien la segunda línea de defensa realiza mesas de trabajo con los equipos de los riesgos de cada proceso para la identificación del riesgo y sus respectivos ajustes, se evidenció que no se realiza una revisión efectiva para la identificación de los riesgos.

**d. La primera línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) elabora los mapas de riesgos, que incluyan los riesgos de gestión, corrupción, soborno y de seguridad digital.**

Con respecto al cumplimiento de esta responsabilidad, 7 de los 9 equipos de riesgos de cada proceso, califican esta responsabilidad con un cumplimiento parcial.

De acuerdo con lo anterior, se observó en los mapas de riesgos institucionales que no hay riesgos de seguridad digital identificados. De igual manera se observó que los mapas de riesgos de soborno, corrupción e institucionales no se encuentran en un solo mapa de riesgos. Lo anterior debido a que la metodología de la ISO 37001:2016, difiere de la metodología implementada por las Entidades públicas impidiendo de esta manera contar con un solo mapa de riesgos.

Cabe resaltar que, en el año 2019, la Entidad realizó mesas de trabajo para la identificación de riesgo de seguridad digital y no fue posible concluir las debido a decisiones internas de la Entidad.

<sup>2</sup> Guía para la Administración del riesgo y diseño de controles para entidades públicas del DAFP: [https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document\\_library/bGsp2IjUBdeu/view\\_file/34316499](https://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2IjUBdeu/view_file/34316499)

Por lo anterior, se concluye que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial**. Se encuentra pendiente por parte de la Entidad establecer los lineamientos que la primera línea de defensa debe seguir para iniciar con la identificación de los riesgos asociados a seguridad digital.

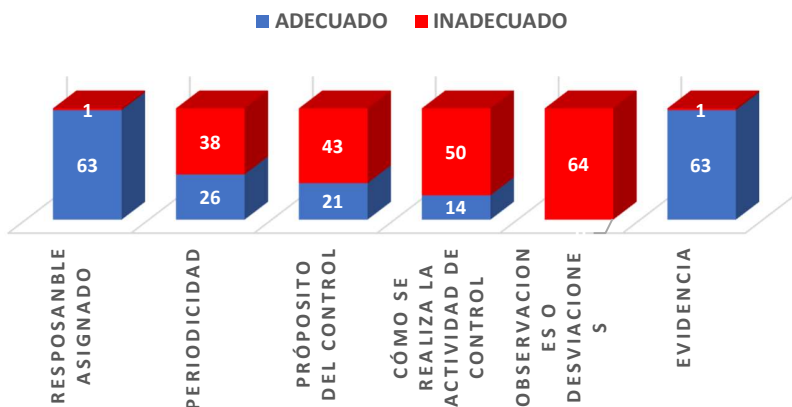
De igual manera se recomienda, que en los mapas de riesgos de cada proceso se incluyan los riesgos institucionales, riesgos de corrupción y riesgos de seguridad digital, con el fin de contar con la información unificada en un solo mapa de riesgos. Lo anterior, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el DAFP en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

- e. **La primera línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) define y diseña los controles a los riesgos identificados, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la guía de administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital y diseño de controles para Entidades Públicas del DAFP.**

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de las listas de chequeo, los 9 equipos de riesgos de los procesos evaluados consideran que cumplen con esta responsabilidad.

Teniendo en cuenta el resultado anterior, esta auditoría verificó el cumplimiento de esta responsabilidad a través del desarrollo de un ejercicio asociado a la evaluación de las variables que deben tener incluidos los controles en su diseño. A continuación se relacionan los resultados obtenidos:

## EVALUACIÓN DISEÑO DE CONTROLES



De acuerdo con la información anterior, se observó que las variables asociadas a “responsable asignado” y “Evidencia”, se encuentran incluidas en el diseño de los controles de la muestra en un 98%.

A partir de la definición de la variable asociada a “periodicidad”, establecida a través de la Guía para la Administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas del DAFP, donde se señala que “El control debe tener una periodicidad específica para su realización (diario, mensual, trimestral, anual, cada vez que se requiera) y su ejecución debe ser consistente y oportuna para la mitigación del riesgo”.

Teniendo en cuenta lo anterior, se observó que el 41% de los controles de la muestra tienen incluida esta variable de manera correcta. Es de resaltar que, los errores más comunes corresponden a la asignación de la periodicidad “permanentemente” o la no asignación de la periodicidad.

Se observó que el 33% de los controles de la muestra, tienen definido el propósito de manera correcta. Sin embargo, es pertinente señalar que la aplicación de políticas y procedimientos no corresponde al propósito del control. Si bien es cierto que estas contribuyen a garantizar que se lleven a cabo los lineamientos internos de la Entidad, estas por sí solas no son un control, hacen parte de las actividades de control documentadas.

Teniendo en cuenta lo establecido por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de control en entidades públicas versión 4 de octubre 2018, el propósito de un control corresponde a:

*“El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generen el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar) o detectar la materialización del riesgo, con el objetivo de llevar a cabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución. El solo hecho de establecer un procedimiento o contar con una política por sí sola, no va a prevenir o detectar la materialización del riesgo o una de sus causas...”*

Se observó que el 22% de los controles de la muestra, indica el cómo se realiza la actividad de control y se puede evaluar si la fuente u origen de la información que sirve para ejecutar el control es confiable para la mitigación del riesgo.

Se observó que los controles de la muestra no cuentan con la variable correspondiente a “observaciones o desviaciones”. La frase “so pena de incurrir en una falta disciplinaria y/o administrativa.” no da cumplimiento a esta variable. Por lo anterior es pertinente relacionar la definición de esta variable, teniendo en cuenta lo establecido en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas:

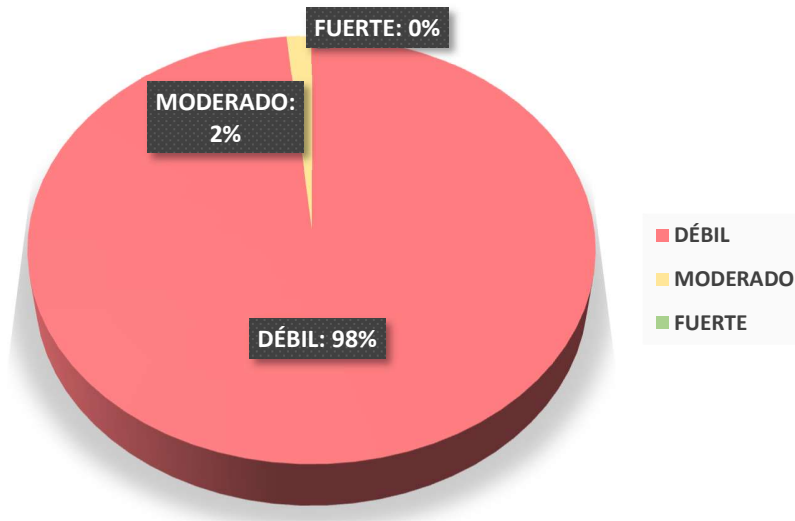
*“Qué pasa con las observaciones o desviaciones: El control debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones como resultado de ejecutar el control. Al momento de evaluar si un control esta bien diseñado para mitigar el riesgo, si como resultado de un control preventivo se observan diferencias o aspectos que no cumplen, la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna los correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones”.*

De acuerdo con los resultados de la evaluación realizada al diseño de los controles, se evidenció que el 98% de los controles evaluados se encuentra en un rango de calificación “DÉBIL”. Es pertinente señalar que, “el resultado de cada variable de diseño, a excepción de la evidencia, va a afectar la calificación del diseño del control, ya que deben cumplirse todas las variables, para que un control se evalúe como bien diseñado.”<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas -DAFP

RANGO DE CALIFICACIÓN DEL DISEÑO	RESULTADO – PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
FUERTE	Calificación entre 96 y 100
MODERADO	Calificación entre 86 y 95
DÉBIL	Calificación entre 0 y 85

A continuación se relaciona la gráfica correspondiente a las calificaciones del diseño del control, producto de la evaluación realizada por esta auditoría:



Teniendo en cuenta que el 98% de los “controles” son débiles en su diseño y partiendo de que el “control”, se ejecuta de manera consistente por parte del responsable, es decir que su rango de calificación es “fuerte” al momento de ejecutarlos; cuando se califica la solidez del conjunto de controles, siempre será débil porque su diseño es débil y esto no permite el desplazamiento de la probabilidad y el impacto.

En consecuencia, la administración del riesgo residual, el tratamiento del riesgo y la asignación de acciones para mitigar el riesgo pueden presentar variaciones.

Se observó que uno de los errores más frecuentes en el diseño de controles, se encuentra asociado a tomar las causas y volverlas “controles”, incurriendo de esta manera en el inadecuado diseño de los controles.

Por lo anterior, se concluye que la primera línea de defensa **no cumple** con esta responsabilidad. Si bien, se realizó la identificación y diseño de controles, no se cumplió con los lineamientos establecidos por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP, en lo correspondiente a la identificación y diseño de controles.

**f. La primera línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) identifica y propone ajustes a los controles.**

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de las listas de chequeo, los 9 equipos de riesgos de los procesos evaluados consideran que cumplen con esta responsabilidad.

Para verificar el cumplimiento de esta responsabilidad, se revisó el cumplimiento de las recomendaciones y observaciones asociadas a los ajustes de los controles, generadas a través de los informes de auditoría realizadas por la Oficina de Control Interno en el año 2019.

A través del informe de auditoría correspondiente a octubre del año 2019, se informó a los líderes de proceso y los equipos de riesgos las debilidades y situaciones que se debían mejorar en el diseño de los controles. A continuación se relaciona lo informado:

DEBILIDAD O SITUACIÓN IDENTIFICADA	ESTADO
Establecer el cómo se realiza la actividad de control.	No superado
Indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.	No superado
Dejar evidencia de la ejecución del control.	Superado
De los cuatro controles evaluados, tres presentan una periodicidad ambigua, se recomienda tener una periodicidad específica para su realización (diaria, mensual, trimestral, anual etc).	No superado
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.	No superado – Sigue el mismo control.



DEBILIDAD O SITUACIÓN IDENTIFICADA	ESTADO
<p>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.</p>	<p align="center">Superado</p>
<p>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.</p>	<p align="center">No superado – Resultados de la responsabilidad “e”.</p>

Por lo anterior, se concluye que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial**. Si bien, se presentaron los seguimientos a los riesgos por cada líder de proceso, 5 de las 7 situaciones presentadas para mejorar el diseño de los controles no fueron corregidas, sin que se evidencie en ellos el fortalecimiento del diseño de los controles y la revisión integral de los mismos por parte de los líderes de proceso y equipos de riesgos de los procesos. Cabe resaltar que el impacto que genera no corregir las situaciones detectadas se ve reflejado en los resultados de la responsabilidad anterior **(e)**.

- g. La primera línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) identifica, valora y define la opción de tratamiento a los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos del proceso, teniendo en cuenta la política de administración del riesgo.**

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de las listas de chequeo, los 9 equipos de riesgos de los procesos evaluados consideran que cumplen con esta responsabilidad.

Sin embargo, se verificó el cumplimiento de esta responsabilidad a través de los mapas de riesgos institucionales vigentes y se observó que de los 24 riesgos de la muestra 3 presentan inconvenientes en la asignación del tratamiento de los riesgos. Por lo anterior, se concluye que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial**.

- h. La primera línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) efectúa el seguimiento a los riesgos identificados.**

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de las listas de chequeo, los 9 equipos de riesgos de los procesos evaluados consideran que se cumplen con esta responsabilidad.

Teniendo en cuenta la respuesta generada por parte del Grupo Interno de Trabajo de Planeación, recibida a través de correo electrónico el 3 de abril del presente año, se confirma la entrega de los seguimientos por parte de los líderes de proceso y sus equipos de riesgos.

Sin embargo, se verificó este resultado a través de los mapas de riesgos institucionales que se encuentran publicados en la página web y se comparó con las observaciones realizadas en el informe de auditoría correspondiente a la administración del riesgo de la Entidad en octubre de 2019 con el fin de evaluar si los ajustes recomendados fueron aplicados en el último seguimiento presentado por los líderes de proceso. A continuación se presenta este análisis:

OBSERVACIONES O SITUACIONES DETECTADAS 2019	OBSERVACIONES O SITUACIONES DETECTADAS 2020	ESTADO
Revisar si el tratamiento de los riesgos asignado es el correcto.	De los 24 riesgos evaluados 3 tienen asignado el tratamiento del riesgo de manera incorrecta.	No superado
Generar las acciones de mitigación cuando el riesgo residual no se encuentra en zona de riesgo baja.	De los 24 riesgos evaluados 1 no tiene acciones de mitigación de acuerdo con el riesgo residual calculado.	No superado
Riesgo residual incorrecto	De los 24 riesgos evaluados 9 se encuentran con el riesgo residual incorrecto.	No superado
Ajustes a los controles	De los 64 controles evaluados, 63 presentan incumplimientos con las variables asociadas para el diseño de controles.	No superado
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.	Riesgos materializados a través de hallazgos o situaciones que se evidenciaron en informes de auditoría. No se tienen en cuenta estos resultados para generar ajustes en los riesgos.	No superado
	De los 24 riesgos evaluados 4 presentan errores en su redacción o la identificación del riesgo no es adecuada.	Situación actual

OBSERVACIONES O SITUACIONES DETECTADAS 2019	OBSERVACIONES O SITUACIONES DETECTADAS 2020	ESTADO
	De los 24 riesgos evaluados 2 presentan inconsistencias en el riesgo inherente	Situación actual
	De los 24 riesgos evaluados 16 de ellos, las causas son abordadas por los controles en su totalidad.	Situación actual

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se relacionan las observaciones o situaciones identificadas por parte de la Oficina de Control Interno en los riesgos de la muestra, como resultado de los ejercicios adelantados en esta auditoría:

PROBLEMÁTICA	RIESGOS ASOCIADOS
<b>El riesgo residual se encuentra valorado de manera incorrecta.</b>	Inadecuada e inoportuna supervisión y seguimiento de las obligaciones contractuales
	Sobrecostos en la ejecución de los proyectos
	Proceso de selección declarado desierto, contratos terminados anticipadamente y/o liquidados por deficiencia en la aplicación de los procedimientos del proceso de estructuración y debilidad en los productos de estructuradores, evaluadores, originadores e interventores.
	Estructuraciones inconclusas por insuficiencia en la disponibilidad de recursos
	Inviabilidad en la continuidad del modelo de negocio
	Detrimento Patrimonial
	Cese de actividades de la Entidad
	Sanciones disciplinarias, fiscales y penales
	Nivel no satisfactorio en los resultados de las evaluaciones del desempeño laboral.
<b>La calificación de la probabilidad no</b>	<b>Inadecuada e inoportuna supervisión y seguimiento de las obligaciones contractuales</b>

PROBLEMÁTICA	RIESGOS ASOCIADOS
corresponde a la realidad de la Entidad afectando el riesgo inherente.	Sobrecostos en la ejecución de los proyectos
La asignación del tratamiento del riesgo no cumple con las políticas de administración del riesgo establecidas por la Entidad a través del Manual de riesgos.	Proceso de selección declarado desierto, contratos terminados anticipadamente y/o liquidados por deficiencia en la aplicación de los procedimientos del proceso de estructuración y debilidad en los productos de estructuradores, evaluadores, originadores e interventores.
	Detrimento Patrimonial
	Sanciones disciplinarias, fiscales y penales
Redacción incorrecta del riesgo o identificación errada del riesgo.	Adjudicación <b>que no satisface</b> necesidades de la entidad.
	Nivel <b>no satisfactorio</b> en los resultados de las evaluaciones del desempeño laboral.
	<b>Deficiencias</b> en la entrega de información al retirarse del cargo.
	<b>Falta de oportunidad</b> en la prestación del servicio
Se deben asignar acciones de mitigación	Estructuraciones inconclusas por insuficiencia en la disponibilidad de recursos

En cuanto al seguimiento de los riesgos que posiblemente se encuentran materializados, se observó que hay situaciones que se han venido presentado en la Entidad, las cuales no se han tenido en cuenta para realizar ajustes a la calificación del riesgo inherente, fortalecer los controles para evaluar de una manera correcta el riesgo residual y generar las acciones de mitigación si es el caso, tal es el caso de los siguientes riesgos:

**✚ Inadecuada e inoportuna supervisión y seguimiento de las obligaciones contractuales.**

Se evidenció que en el informe de auditoría técnica asociado a las funciones públicas de supervisión y de interventoría del contrato de concesión No. 004 de 2016 (Ampliación del Tercer Carril Doble Calzada Bogotá-Girardot), se generó la no conformidad No. 3790<sup>4</sup>, donde se señala que en el 2018 el Concesionario Vía 40 Express SAS efectuó desembolsos desde la subcuenta de compensaciones ambientales asociados a pagos no relacionados con compensaciones ambientales por un valor de \$32.818.000, sin que a noviembre de 2019 se hubieran generado las alertas por parte de la

<sup>4</sup> Plan de Mejoramiento por Procesos: <https://www.ani.gov.co/planes/plan-mejoramiento-procesos-pmp-21720>

interventoría Consorcio SEG-INCOPLAN y sin que el Concesionario Vía 40 Express SAS hubiera reintegrado dicho valor al patrimonio autónomo del proyecto.

Por otra parte, se observó que el riesgo inherente de este riesgo se encuentra en una ZONA DE RIESGO BAJO y su riesgo residual de la misma manera. Cabe resaltar que para que un riesgo inherente se encuentre en esta zona, la calificación de la probabilidad debe corresponder a que esta situación no se ha presentado en los últimos 5 años o al menos una vez en los últimos cinco años. De acuerdo con la no conformidad establecida el año pasado, esta situación se presentó el año pasado y no fue tomada en cuenta en el seguimiento del riesgo. En consecuencia, la probabilidad de este riesgo se encuentra calificada de una manera incorrecta y su administración no es pertinente.

Se observó que las causas; falta de interventoría, cambios continuos en los miembros del equipo, no realizar visitas periódicas a los proyectos, no presentación de informes mensuales del equipo de seguimiento e inadecuado seguimiento a la ejecución de las subcuentas, se abordan con el control *“Los integrantes del equipo de seguimiento del proyecto semanalmente se reúnen para hacer seguimiento a cada proyecto con el propósito de socializar las diferentes situaciones del mismo e identificar alternativas de solución a las problemáticas que se presentan , so pena de incurrir en una falta disciplinaria y/o administrativa, como evidencia se dispone de las actas de las reuniones y listas de asistencia”*.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó la evaluación del diseño de los 7 controles asociados a este riesgo. El resultado de esta evaluación arrojó que los controles se encuentran en un rango de calificación “DÉBIL”. Es decir, no cumplen con las 6 variables establecidas a través de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de los controles en entidades públicas del DAFP.

En conclusión, las debilidades identificadas en la administración de este riesgo dan cuenta de su materialización a través de la no conformidad relacionada.

**+ Sobrecostos en la ejecución de los proyectos**

A continuación, se citan dos ejemplos evidenciando los sobrecostos en proyectos por compensaciones ambientales<sup>5</sup>:

**Bucaramanga – Barrancabermeja - Yondó (Contrato No. 013 de 2015):**

- Según la parte especial del contrato de concesión No. 013 de 2015, se estimaron \$8.352.226.241 de diciembre de 2013 para asumir compensaciones ambientales.
- En la etapa de estructuración del proyecto, la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del MHCP aprobó obligaciones contingentes asociados a la materialización de

<sup>5</sup> Información relacionada del informe de auditoría técnica transversal asociada a lo ambiental.

sobrecostos en materia socioambiental por \$2.305.000.000 de diciembre de 2013<sup>6</sup>. Es decir que se aprobaron \$2.305.000.000 para que la ANI asumiera su franja del riesgo en caso de que se materialicen sobrecostos socioambientales.

- En 2019 la Entidad solicitó al MHCP actualización de las obligaciones contingentes aprobadas para el proyecto en materia ambiental, requiriendo una adición de \$23.996.492.445 de diciembre de 2013 debido a que “(...) se prevé un sobrecosto que no alcanza a ser cubierto por el valor a cargo del Concesionario ni el saldo que actualmente existe en el Fondo de Contingencias ambientales del proyecto (...)”<sup>7</sup>. Solicitud no aprobada a la fecha por MHCP.

**Autopista Conexión Norte (Contrato No. 009 de 2014):**

- Según la parte especial del contrato de concesión No. 009 de 2014, se estimaron \$11.109.748.560 de diciembre de 2012 para asumir compensaciones ambientales.
- En la etapa de estructuración del proyecto, la Dirección General de Crédito Público y Tesoro Nacional del MHCP aprobó obligaciones contingentes asociados a la materialización de sobrecostos en materia ambiental por \$3.066.000.000 de diciembre de 2012<sup>8</sup>. Es decir que se aprobaron \$3.066.000.000 para que la ANI asumiera su franja del riesgo en caso de que se materialicen sobrecostos debido a compensaciones ambientales.
- En 2019 la Entidad solicitó al MHCP actualización de las obligaciones contingentes aprobadas para el proyecto en materia ambiental, requiriendo una adición de \$14.165.092.067 de diciembre de 2012 debido a que “(...) se prevé sobrecostos y el calor contingente a cargo de la Nación aumenta en comparación con el valor del plan de aportes vigente, por lo que se requiere de recursos adicionales para dicho plan. (...)”<sup>9</sup>. Solicitud no aprobada a la fecha por MHCP.

De igual manera, en el hallazgo 1260<sup>10</sup>, generado por la Contraloría General de la República – CGR correspondiente a “Diferencias recursos adquisición predial, Contrato de Concesión 005 de 2014. Autopista Conexión Pacífico 3.” relaciona que, en la fase de estructuración del proyecto, la Agencia realizó la valoración de los terrenos requeridos para el proyecto, a través de la metodología de "Zonas Homogéneas Físicas y Geoeconómicas", de esta manera, se determinó el valor para la adquisición predial el cual fue establecido en \$85.117 millones. Sin embargo, se observa una diferencia considerable de lo inicialmente establecido frente al monto actual estimado por el concesionario, el cual asciende a

<sup>6</sup> Radicado ANI No. 20144090639792 del 22 de diciembre de 2014

<sup>7</sup> Radicado ANI No. 20196020274481 del 16 de agosto de 2019.

<sup>8</sup> Radicado ANI No. 20154090055112 del 2 de febrero de 2015

<sup>9</sup> Radicado ANI No. 20196020435011 del 16 de diciembre de 2019.

<sup>10</sup> Plan de Mejoramiento Institucional - [https://www.ani.gov.co/sites/default/files/pmi\\_ani\\_marzo\\_2020\\_web.xlsx](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/pmi_ani_marzo_2020_web.xlsx)

\$138.168 millones, lo que equivale a un incremento aproximado del 62% del valor inicialmente estimado.

Por otra parte, se realizó la evaluación del diseño de los 5 controles asociados a este riesgo. El resultado de esta evaluación arrojó que los controles se encuentran en un rango de calificación “DÉBIL”. Es decir, no cumplen con las 6 variables establecidas a través de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de los controles en entidades públicas del DAFP.

Finalmente se concluye, que el riesgo asociado al sobrecosto en la ejecución de los proyectos se ha materializado, debido a que los controles diseñados no son efectivos a la hora de prevenir o detectar las situaciones que están fuera de lugar.

Por lo anterior, se evidenció que esta responsabilidad **no se cumple** por parte de la primera línea de defensa. Esta auditoría no desconoce que se presentan los seguimientos de los riesgos en cumplimiento de lo establecido en la política del riesgo de la Entidad, sin embargo, los resultados obtenidos de los ejercicios desarrollados por esta auditoría evidencian que los seguimientos de los riesgos que se presentan por parte de los líderes de proceso y equipos de riesgos de los procesos no son efectivos, debido a que no se hacen los ajustes recomendados en materia de controles, evaluación del riesgo residual, tratamiento del riesgo y materialización del riesgo teniendo en cuenta los hallazgos y no conformidades, evitando de esta manera el fortalecimiento de la administración del riesgo de la Entidad.

**i. La primera línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) ejecuta la gestión del riesgo en el proceso**

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de las listas de chequeo, los 9 equipos de riesgos de los procesos evaluados consideran que cumplen con esta responsabilidad.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos de la evaluación asociada a las responsabilidades asignadas a la primera línea de defensa, se concluye que esta responsabilidad se cumple de manera **parcial**. Es importante tener en cuenta, que esta responsabilidad es el resumen de las responsabilidades anteriores y evalúa el cumplimiento de su rol principal que es la ejecución de la gestión del riesgo establecida por la Entidad.

Por lo anterior, se concluye que el nivel de implementación de la Primera Línea de Defensa corresponde a un **50%**, teniendo en cuenta que de las 9 responsabilidades asignadas 2 se cumplen, 5 se cumplen parcialmente y 2 no se cumplen, de acuerdo con lo evidenciado en la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno. En conclusión, las responsabilidades, asignadas a través del Manual Operativo del MIPG se cumplen parcialmente.



### 5.3 Cumplimiento de las responsabilidades de la Segunda Línea de Defensa

Teniendo en cuenta las respuestas de la lista de chequeo, se obtuvo la siguiente calificación para el cumplimiento de las responsabilidades asignadas a la Segunda Línea de Defensa:

<p align="center"><b>NIVEL DE IMPLEMENTACIÓN DE LA SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA</b></p>	<p align="center">79%</p>	<p align="center">Las responsabilidades se ejecutan, pero no en todos los casos de manera adecuada</p>
---	---------------------------	--

De acuerdo con la información anterior, se observó que la Segunda Línea Defensa cumple con 7 de las 12 responsabilidades evaluadas. El resto de las responsabilidades se cumplen de manera parcial.

Por lo anterior, esta auditoría verificó el cumplimiento de las siguientes responsabilidades teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de las anteriores líneas de defensa, los resultados de la encuesta de percepción y las evidencias proporcionadas:

**a. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), verifica la adecuada identificación de los riesgos relacionados con corrupción y soborno.**

Para la identificación adecuada de los riesgos de soborno, se contrató a un consultor externo que realizó las mesas de trabajo con los líderes de proceso y equipos de riesgos de cada proceso, garantizando de esta manera la adecuada identificación de los riesgos de soborno. En consecuencia, se logró la certificación en el Sistema de Gestión Antisoborno ISO 37001:2016 y se cuenta con mapas de riesgos de soborno en cada proceso.

De acuerdo con los resultados de la encuesta asociado a la percepción de la Norma ISO 37001:2016, se observaron las siguientes situaciones:

- ✚ Todos los encuestados reconocen que la Norma ISO 37001:2016, corresponde al Sistema de Gestión Antisoborno.
- ✚ 11 de los 22 encuestados, conocen la política antisoborno, los procedimientos y el sistema de gestión antisoborno de la Entidad.
- ✚ En el nivel de conciencia asociada a los riesgos de soborno en la Entidad, de los 22 encuestados, 11 consideran que es “bueno”, 6 “excelente”, y 5 “Aceptable”.
- ✚ En el momento de describir el procedimiento que se debe seguir cuando se identifica un intento de soborno, supuesto o real, o cualquier violación o debilidad del sistema de gestión antisoborno, se siguen diferentes alternativas. Lo anterior da cuenta que los equipos de riesgos de los procesos no tienen claro el procedimiento que deben seguir en el momento de presentarse esta situación.
- ✚ Se percibió que 5 de los 22 encuestados, desconocen que la Entidad está certificada en la Norma ISO 37001:2016.
- ✚ En cuanto al nivel de conciencia del riesgo de soborno en la Entidad, de los 22 encuestados, 11 perciben que es “bueno”, 6 lo consideran “excelente” y 5 lo consideran “aceptable”.

- ✚ De los 22 encuestados 19 reconocen y responden a las solicitudes u ofertas de soborno.
- ✚ De los 22 encuestados 15 saben cómo ayudar a prevenir y evitar el soborno.
- ✚ De los 22 encuestados 11 saben cómo se contribuye a la eficacia del Sistema de Gestión Antisoborno.

En cuanto a los resultados asociados a SARLAFT, se observaron las siguientes situaciones:

- ✚ Todos los encuestados reconocen que SARLAFT corresponde a un Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo que mitiga o previene los eventos en los cuales se pueden desarrollar operaciones de lavado de activos o tendientes a la financiación del terrorismo.
- ✚ De los 22 encuestados 9 saben si la Entidad ha implementado esta herramienta.
- ✚ De los 22 encuestados 5 saben el procedimiento que debe seguir en el momento de presentarse una situación asociada al SARLAFT.
- ✚ En el nivel de conciencia asociada a SARLAFT en la Entidad, de los 22 encuestados, 10 consideran que es “aceptable”, 7 “insuficiente”, 3 “Bueno” y 2 “Excelente”.
- ✚ En el momento de describir el procedimiento que se debe seguir cuando se presenta una situación asociada al SARLAFT, se percibe que no hay claridad en los equipos de riesgos cuando se trata de seguir un seguimiento para reportar estas situaciones.

De acuerdo con estos resultados, es importante que la segunda línea de defensa fortalezca el conocimiento de los equipos de riesgos de los procesos, en la Norma ISO 37001:2016. Es decir que se tenga claridad sobre la metodología que se emplea, las variaciones que tiene con la metodología de los riesgos instituciones, de corrupción y de seguridad digital y el procedimiento que deben seguir cuando detectan una situación asociada a soborno.

Por otra parte, es importante que los equipos de riesgos conozcan la situación real que se presenta con SARLAFT y cuál es la posición de la Entidad frente a esta herramienta. Es necesario que se involucre a los equipos de riesgos de los procesos en todos los temas asociados a riesgos, con el fin de fortalecer sus competencias en este tema.

Por lo anterior, se evidenció el cumplimiento de la identificación de los riesgos de soborno adecuadamente y se concluye que la Segunda Línea de Defensa **cumple** con esta responsabilidad. Sin embargo, es importante que se formulen acciones para fortalecer las competencias de los equipos de riesgos de los procesos, en esta materia.

**b. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces) supervisa la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces.**

Se observó en los mapas de riesgos institucional, que el formato denominado “mapa de riesgos por proceso y medidas de control anticorrupción” - (SEPG-F-030), sigue presentando inconsistencias en las

fórmulas para definir el riesgo residual, tal como se evidenció en el riesgo “R2- Nivel no satisfactorio en los resultados de las evaluaciones del desempeño laboral”

Por otra parte, se evidenció que el Manual de Riesgo para la administración del riesgo de la Entidad, se encuentra pendiente para su aprobación por parte de la Línea Estratégica de la Entidad. Es decir que la nueva metodología implementada por la Entidad, no se encuentra en el Manual vigente.

Si bien la Segunda Línea de Defensa realizó mesas de trabajo con los equipos de riesgos para socializar la nueva metodología, se evidenció que la Primera Línea de Defensa tiene debilidades en la identificación del riesgo, diseño de controles y la aplicación de la metodología de la administración del riesgo, como se evidenció en las siguientes situaciones identificadas, producto de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, a la Primera Línea de Defensa:

- ✚ Riesgos materializados: Se evidenció en el ejercicio de esta auditoría la materialización de riesgos misionales correspondientes a “Inadecuada e inoportuna supervisión y seguimiento de las obligaciones contractuales” y “Sobrecostos en la ejecución de los proyectos”. En el caso del primer riesgo citado, se observó que su riesgo residual es asumido por la Entidad. Si bien se encuentra en una Zona Baja, es importante revisar y realizar de nuevo la calificación al riesgo inherente teniendo en cuenta que este evento si se ha presentado.
- ✚ Monitoreo del estado de los riesgos aceptados (asumidos): De los 24 riesgos evaluados en este informe, se observó que 12 de ellos, el riesgo residual será asumido por la Entidad. Llama la atención el riesgo “Detrimento Patrimonial”, el cual se encuentra en una Zona de Riesgo Alto y, aun así, su tratamiento es asumirlo, lo que va en contra de las políticas de administración del riesgo de la Entidad establecidas en el Manual para la Administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004 Versión 002 del 11 de julio de 2017 Pág. 13 literal f).
- ✚ Aplicación de la metodología de forma inadecuada: De los 24 riesgos evaluados en este informe, 12 presentan inconsistencias en la aplicación de la metodología de administración del riesgo establecida por la Entidad. Es decir, el 9 de estos riesgos, se encuentran con el riesgo residual evaluado de manera incorrecta, 4 se encuentran redactados de manera incorrecta, 3 se encuentran con un tratamiento incorrecto, 2 presentan inconsistencias con el riesgo inherente y 1 se le debe asignar acciones de mitigación debido a su riesgo residual.
- ✚ Estado de los controles de los riesgos: Se observó que 8 de los 24 riesgos, cuentan con controles que abordan las causas de estos riesgos.

Teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, a través de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, se observó que, de los 64 controles diseñados para los riesgos evaluados 63 presentan debilidades en el cumplimiento de los requisitos para el adecuado diseño de controles. Teniendo en cuenta lo anterior, es posible que el riesgo residual, el tratamiento del riesgo y las acciones de mitigación asignadas se encuentren de manera incorrecta.

Se reitera la recomendación realizada el año pasado asociada a 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 de acuerdo con la normatividad que se encuentre vigente.

Por lo anterior, se concluye que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial** por parte de la Segunda Línea de Defensa, teniendo en cuenta que los ajustes que se solicitaron en los formatos para garantizar la adecuada implementación de estas herramientas no fueron ejecutados. Adicional a lo anterior y teniendo en cuenta los resultados de la Primera Línea de Defensa, los mapas de riesgos de cada proceso presentan inconsistencia en los riesgos inherentes, diseño de controles, riesgo residual, entre otros.

Es pertinente resaltar que la Segunda Línea de Defensa, debe supervisar la implementación de prácticas de gestión de riesgo eficaces, teniendo en cuenta lo establecido en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación de Gestión (Anexo 7 – Esquema de responsabilidades – MECI INTERMEDIO).

Se recomienda revisar el esquema de responsabilidades asociado al Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, con el fin de actualizar estas responsabilidades en el Manual de administración del riesgo de la Entidad.

**c. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), monitorea y evalúa el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente.**

Con respecto al cumplimiento de esta responsabilidad, la Segunda Línea de Defensa, realizó mesas de trabajo para la identificación de riesgos asociados a la seguridad digital, sin embargo, los riesgos de seguridad digital no se encuentran en los mapas de riesgos de cada proceso, debido a que se encuentra pendiente continuar con esta labor.

Por lo anterior, se evidenció que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial** por parte de la Segunda Línea de Defensa. Se recomienda que una vez se retome la identificación de los riesgos asociados a seguridad digital, se socialice con los equipos de riesgos de los procesos la metodología que se debe aplicar y la supervisión de la inclusión de estos riesgos en los mapas de riesgos de cada proceso de manera adecuada.

**d. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), genera recomendaciones a las instancias correspondientes (línea estratégica y primera línea de defensa), a partir de la información relacionada con la verificación a la identificación y valoración del riesgo.**

La Segunda Línea de Defensa, informó a esta auditoría que las recomendaciones se realizan a través de los monitoreos y seguimientos que presentan los líderes de proceso con los equipos de riesgos de cada

proceso. De igual manera se informó que las recomendaciones realizadas a la Línea Estratégica se informaron a través de los talleres asociados a la Planeación Estratégica de la Entidad.

De acuerdo con lo anterior, esta auditoría evidenció que a pesar de los seguimientos y monitoreos que solicita la Segunda Línea de Defensa, la Primera Línea de Defensa no aplica las recomendaciones asociadas a la valoración del riesgo, generadas por parte de la Oficina de Control Interno.

Por lo anterior, se evidenció que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial** por parte de la Segunda Línea de Defensa, debido a que no se verifica que estas recomendaciones sean aplicadas en la administración del riesgo de la Entidad, afectándose de esta manera el mejoramiento continuo.

**e. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), asegura que los riesgos sean monitoreados acorde con la política de administración del riesgo de la Entidad.**

La Segunda Línea de Defensa reportó a esta auditoría que se envió a los líderes de proceso memorandos anuales para la realización de monitoreos teniendo en cuenta la actualización de la metodología. Es importante resaltar que la Segunda Línea de Defensa acompañó a los equipos de riesgos de los procesos a través de talleres para aplicar la nueva metodología de riesgos.

Si bien la Segunda Línea de Defensa, solicita a la Primera Línea de Defensa el monitoreo de los riesgos, se siguen presentando problemáticas que afectan la adecuada aplicación de la metodología de la administración del riesgo de la Entidad. Con respecto a lo anterior, es pertinente señalar que esto incide negativamente en el adecuado cumplimiento de los objetivos de la política de administración del riesgo<sup>11</sup>:

- ✚ **Identificar, analizar y gestionar los riesgos:** *Fomentar en la Entidad una cultura de pensamiento basado en riesgo y oportunidades, como herramienta para incrementar la eficacia en el logro de los resultados institucionales.*
- ✚ **Promover el reporte oportuno:** *Fortalecer los seguimientos, análisis y validación en la efectividad de controles y la implementación de acciones, que permitan detectar de forma oportuna situaciones de riesgos potenciales.*
- ✚ **Prevenir la materialización de los riesgos:** *Involucrar y comprometer a todos los servidores de la Entidad en la búsqueda de acciones efectivas encaminadas a prevenir y administrar los riesgos de forma oportuna.*
- ✚ **Fortalecer la generación de buenas prácticas:** *Promover en los servidores de la Entidad la identificación de buenas prácticas y acciones que permitan potencializar el cumplimiento de los objetivos de institucionales.*

<sup>11</sup> Política de Administración del riesgo de la Entidad: [https://www.ani.gov.co/sites/default/files/sig//sepg-pt-003\\_politica\\_administracion\\_riesgos\\_v1.pdf](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/sig//sepg-pt-003_politica_administracion_riesgos_v1.pdf)

✚ **Generar valor:** *Proteger el valor de los recursos del Estado asignados a la Agencia, mediante la implementación de controles y acciones de tratamiento de los riesgos y la potencialización de las oportunidades asociadas.*

De acuerdo con la información anterior, se evidenció que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial** por parte de la Segunda Línea de Defensa, debido a que no asegura que los riesgos sean monitoreados teniendo en cuenta el cumplimiento de los objetivos establecidos en la Política de la administración del riesgo de la Entidad.

**f. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), comunica a la alta dirección los resultados de la evaluación correspondiente a la gestión del riesgo, con el fin de tener las medidas correctivas.**

La Segunda Línea de Defensa tiene los resultados de los riesgos para presentar a la Línea Estratégica. Hasta el momento no se ha logrado la presentación de esta información, sin embargo, esta información fue tenida en cuenta para la Planeación Estratégica de la Entidad.

De igual manera, se evidenció la publicación en la página web del documento correspondiente al mapa de riesgos corporativos de la Entidad ([https://www.ani.gov.co/sites/default/files/output\\_3\\_3.pdf](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/output_3_3.pdf)), teniendo en cuenta esta información, se observó que los riesgos fueron tipificados como riesgos estratégicos, riesgos de cumplimiento, riesgos tecnológicos, riesgos financieros, riesgos operativos y riesgos de imagen.

Se observó que este documento, presenta diferencias con los mapas de riesgos de los procesos a continuación se relacionan las diferencias encontradas:

- ✚ Algunos riesgos incluidos en este documento no se encuentran en los mapas de riesgos publicados.
- ✚ El riesgo residual de algunos de los riesgos relacionados en este documento difiere de los que se encuentran en los mapas de riesgos de los procesos.
- ✚ La redacción de algunos riesgos en este documento difiere de los que se encuentran en los mapas de riesgos de los procesos
- ✚ En algunos casos el riesgo inherente se encuentra en una zona de riesgo menor que el riesgo residual.

Teniendo en cuenta lo anterior, es pertinente realizar una revisión de este documento y los mapas de riesgos de los procesos con el fin de garantizar que la información que se publica en la página web de la Entidad sea confiable para los grupos de interés.

De igual manera se deben tener en cuenta los resultados de la evaluación de la Primera Línea de Defensa, debido a que hay un impacto negativo en la adecuada aplicación de la metodología de la administración del riesgo, los cuales deben ser presentados a la Línea Estrategia para que los analice y tenga en cuenta en la toma de decisiones.

Se recomienda que los resultados de esta auditoría sean tenidos en cuenta para realizar los ajustes pertinentes a los mapas de riesgos y al documento publicado denominado “mapas de riesgos

corporativos” y de esta manera se puede garantizar la entrega de información oportuna y confiable a la Línea Estratégica. Por lo anterior, se concluye que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial** por parte de la Segunda Línea de Defensa.

- g. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), verifica en el marco de la política de riesgos institucionales, que la identificación y valoración del riesgo de la primera línea de defensa sea adecuada frente al logro de objetivos y metas.**

Frente al cumplimiento de esta responsabilidad, se observó que la Segunda Línea de Defensa acompañó a los equipos de los riesgos de los procesos en la valoración de los riesgos, a través de los talleres y seguimientos. Sin embargo, se evidenció en la evaluación de la Primera Línea de Defensa que, se presentan inconsistencias en la calificación del riesgo inherente, riesgo residual y en la identificación de riesgos.

Si bien se realizan talleres y seguimientos a los riesgos por parte de la Segunda Línea de Defensa, se evidenció que no se verifica que la identificación y valoración de los riesgos sea la adecuada. Por lo anterior, se concluye que el cumplimiento de esta responsabilidad es **parcial** por parte de la Segunda Línea de Defensa.

- h. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), verifica que el diseño de los controles establecidos por la primera línea de defensa sea pertinente frente a los riesgos identificados.**
- i. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), verifica que los controles contribuyan a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables.**
- j. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), verifica que el diseño y ejecución de los controles mitigan los riesgos estratégicos o institucionales.**

Las anteriores responsabilidades asignadas a la Segunda Línea de Defensa, corresponde a la verificación del adecuado diseño de controles y su efectividad en el momento de mitigar el riesgo. Por esta razón las responsabilidades **h, i y j**, son analizadas de una manera integral.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidenció en la evaluación realizada al diseño de controles en la Primera Línea de Defensa que, de los 64 controles evaluados, 63 no cumple con las variables que se deben incluir en los controles para garantizar su adecuado diseño. Es decir que el 98% de los controles de la muestra evaluados no contribuyen de manera adecuada a la mitigación del riesgo.

De igual manera, se observó que los equipos de riesgos de los procesos desconocen y/o tiene confusión para establecer el propósito del control, el cómo se realiza la actividad de control y la definición de las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control. Por otra parte, los equipos de riesgos de cada proceso no identifican si el control cumple con las 6 variables establecidas para asegurar el adecuado diseño de los controles.

Evidencia de lo anterior, es la materialización de riesgos misionales, los cuales presentan inconsistencias en la aplicación de la metodología del riesgo establecida por la Entidad. Por lo anterior, se concluye que



las responsabilidades **no se cumplen**, debido a que la Segunda Línea de Defensa no verifica que el diseño de los controles establecidos por la Primera Línea de Defensa sea pertinente frente a los riesgos identificados. En consecuencia, los controles no mitigan los riesgos.

**k. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces), hace seguimiento a los mapas de riesgo y verifica su actualización.**

Se evidenció en memorando interno radicado bajo el número 20196010199933 del 23 de diciembre de 2019, la solicitud del seguimiento de los riesgos a todos los líderes de proceso. De acuerdo con la confirmación realizada a través de correo electrónico del 3 de abril del presente año, todos los líderes de proceso entregaron sus seguimientos y publicaron sus mapas de riesgos en la página web de la Entidad.

Teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por la Entidad, se cumple con la presentación de los seguimientos por parte de la Primera Línea de Defensa. Sin embargo, a la Segunda Línea de Defensa le corresponde verificar que sean actualizados teniendo en cuenta las recomendaciones y observaciones de la Oficina de Control Interno, hallazgos de la CGR - PMI y las no conformidades relacionadas en el Plan de Mejoramiento por Procesos.

De acuerdo con los resultados asociados a la evaluación de la Primera Línea de Defensa, se observó que no han sido superadas las problemáticas identificadas en el informe de auditoría del año 2019. De igual manera, se evidenció que hay riesgos asociados a hallazgos y no conformidades, los cuales tampoco presentan ajustes en sus controles y riesgo residual.

Por lo anterior, se concluye que esta responsabilidad cumple de manera **parcial** debido a que los seguimientos que se realizan a los riesgos están asociados al cumplimiento de un lineamiento establecido por la Entidad y no a verificar la adecuada aplicación de la metodología de la administración del riesgo en la Entidad.

**l. La segunda línea de defensa (jefes de planeación o quienes hagan sus veces) asegura que los procesos de gestión del riesgo de la 1° línea de defensa (El líder de proceso y/o equipo de riesgos del proceso asignado) sean apropiados y funcionen correctamente.**

Teniendo en cuenta los resultados de las responsabilidades anteriores, se concluye que la Segunda Línea de Defensa no asegura que la administración del riesgo adoptada por la Entidad sea aplicada de la manera correcta. Por lo anterior, esta responsabilidad se cumple de manera **parcial** por parte de la Segunda Línea de Defensa.

Por lo anterior, se concluye que el nivel de implementación de la Segunda Línea de Defensa corresponde a un **42%**, teniendo en cuenta que de las 12 responsabilidades asignadas 1 se cumple, 8 se cumplen parcialmente y 3 no se cumplen, de acuerdo con lo evidenciado en la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno. En conclusión, las responsabilidades asignadas a través del Manual Operativo del MIPG, se cumplen parcialmente.

#### 5.4 Efectividad de las acciones de mejora en la administración del riesgo.

Para desarrollar este capítulo, se realizó el seguimiento de las acciones de mejora propuesta para abordar no conformidades que se encuentran vigentes asociadas a la administración del riesgo. Para verificar la efectividad de las acciones propuestas por la Entidad, se tuvieron en cuenta los resultados de la evaluación que se realizó a cada una de las Líneas de Defensa. Por lo anterior a continuación se relaciona el análisis realizado:

- ✚ **No conformidad 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).

ACCIONES PROPUESTAS POR LA ENTIDAD	RESPONSABLE	ESTADO DE LA ACTIVIDAD
Entregar el seguimiento del mapa de riesgos correspondiente al segundo semestre de 2018. (16/09/2019)	Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte	Superado
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. (20/09/2019)	Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte	No superado
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)	Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte	No superado
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)	Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte	Superado

Teniendo en cuenta la información anterior, el 50% de las actividades propuestas para abordar esta no conformidad fueron cumplidas. Sin embargo, el proceso de Gestión Contractual y Seguimiento de Proyectos tiene pendiente enviar el informe ejecutivo seguimiento al Grupo Interno de Trabajo de Planeación.

La Oficina de Control Interno, recomendó al equipo de riesgos de este proceso, que considerarán las acciones que dependían de terceros y las replantearan, pero esta recomendación no fue aceptada.

Si bien el resultado del seguimiento de los riesgos de este proceso fue publicado en la página web de la Entidad a través del mapa de riesgos, debido a la corrección formulada para tratar esta no conformidad, esto no garantiza que el evento se vuelva a presentar. Por lo anterior las acciones planteadas no son efectivas.

**✚ No conformidad 3782:** 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 medidas 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.

ACCIONES PROPUESTAS POR LA ENTIDAD	RESPONSABLE	ESTADO DE LA ACTIVIDAD
Ajustar el mapa de riesgos del proceso Sistema estratégico de Planeación y Gestión.	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	No superado
Remitir memorando al GIT de planeación, solicitando se remita la matriz de identificación de riesgos con las fórmulas corregidas. (6/12/2019)	Gestión de Talento Humano	No superado
Actualizar la matriz de identificación de riesgos y remitirlas para revisión y publicación. (28/02/2020)	Gestión de Talento Humano	No superado
Solicitar al GIT de planeación de la Vicepresidencia de planeación Riesgos y Entorno, se adelante una	Gestión de Talento Humano	No superado

ACCIONES PROPUESTAS POR LA ENTIDAD	RESPONSABLE	ESTADO DE LA ACTIVIDAD
capacitación para el GIT de talento humano. (6/12/2019)		
Solicitar al GIT de planeación profundización en la metodología de gestión de riesgos (13/12/2019)	Gestión Jurídica	No superado
Capacitar al equipo de riesgos del proceso jurídico en la metodología de gestión del riesgo. (30/06/2020).	Gestión Jurídica	En tiempo
Solicitar al GIT de planeación mesa de trabajo para ajustar la matriz de riesgos del proceso gestión jurídica. (13/12/2019).	Gestión Jurídica	No superado
Solicitar publicar en la página web de la entidad el mapa de riesgos ajustado (31/12/2019).	Gestión Jurídica	Superado

De acuerdo con lo anterior, de las 8 acciones plateadas se ha cumplido 1. Teniendo en cuenta que los riesgos siguen presentado problemáticas en la aplicación de la metodología de la administración del riesgo, las acciones (correcciones) plateadas no han sido efectivas para el tratamiento de esta no conformidad.

✚ **No conformidad 3702:** 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.

ACCIONES PROPUESTAS POR LA ENTIDAD	RESPONSABLE	ESTADO DE LA ACTIVIDAD
1. Corrección – ajustar el tratamiento en la matriz. (31/03/2020)	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	No superado
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. (31/03/2020)	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	No superado

Si bien se realizaron ajustes en los mapas de riesgos a partir de los seguimientos presentados por cada uno de los procesos, los riesgos siguen presentando inconsistencias en el momento de asignar el tratamiento del riesgo. Por lo anterior, las acciones no han sido efectivas para el tratamiento de esta no conformidad.

Cabe resaltar que el manual para la administración de riesgos y oportunidades institucionales por procesos y medidas anticorrupción se encuentra listo para su aprobación, pero no ha sido posible concertar agendas para presentarlo a la Línea Estratégica de la Entidad.

- ✚ **No conformidad 3783:** Segunda Línea de defensa: A cargo de servidores que tienen responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación del estado 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 aseguramiento de la operación. No conformidad para el proceso asociado al Sistema Estratégico de Planeación y Gestión.

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 el 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”.

ACCIONES PROPUESTAS POR LA ENTIDAD	RESPONSABLE	ESTADO DE LA ACTIVIDAD
Revisar y ajustar la formulación del formato SEPG-F-030 mapa de riesgos y medidas anticorrupción y enviarlo a los procesos. (20/12/2019)	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	No superado
Realizar ajustes a los riesgos residuales de cada uno de los mapas de procesos, enviar a los responsables en caso de requerir acciones para que se planteen. (31/12/2019)	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	No superado

ACCIONES PROPUESTAS POR LA ENTIDAD	RESPONSABLE	ESTADO DE LA ACTIVIDAD
Publicar en la página web los mapas de riesgos ajustados. (31/12/2019)	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	Superado
Unificar el mapa de calor de riesgos de corrupción y procesos. (31/01/2020)	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	No superado

De las anteriores actividades propuestas por la Entidad para abordar la no conformidad, ha sido superada una, que corresponde a la publicación de los mapas de riesgos. Sin embargo, los ajustes de las problemáticas identificadas el año pasado, no han sido superadas y aun así los mapas de riesgos fueron publicados. Por lo anterior, las acciones propuestas no son efectivas.

Teniendo en cuenta los resultados de la evaluación de las líneas de defensa y la verificación del cumplimiento de las actividades propuestas para abordar las no conformidades se evidenció que ninguna de las actividades evitó que las situaciones se volvieran a presentar.

Se recomienda realizar el análisis de causa raíz de manera correcta para identificar las acciones preventivas idóneas que eviten que estas situaciones se vuelvan a presentar.

## 6. RECOMENDACIONES Y NO CONFORMIDADES

### 6.1 Recomendaciones

- ✚ Crear mecanismos de seguimiento y/o monitoreo por parte de la Línea Estratégica para garantizar que la política de administración del riesgo se cumpla.
- ✚ Se recomienda fortalecer el conocimiento de los equipos de riesgos de los procesos, en la Norma ISO 37001:2016. Es decir que se tenga claridad sobre la metodología que se emplea, las variaciones que tiene con la metodología de los riesgos instituciones, de corrupción y de seguridad digital y el procedimiento que deben seguir cuando detecta una situación asociada a soborno.
- ✚ Se recomienda, que en los mapas de riesgos de cada proceso se incluyan los riesgos institucionales, riesgos de corrupción y riesgos de seguridad digital, con el fin de contar con la información unificada en un solo mapa de riesgos. Lo anterior, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el DAFP en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.
- ✚ Se reitera la recomendación realizada el año pasado asociada a 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 de acuerdo con la normatividad que se encuentre vigente.

- ✚ Se recomienda revisar el esquema de responsabilidades asociado al Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, con el fin de actualizar estas responsabilidades en el Manual de administración del riesgo de la Entidad.
- ✚ Se recomienda que una vez se retome la identificación de los riesgos asociados a seguridad digital, se socialice con los equipos de riesgos de los procesos la metodología que se debe aplicar y la supervisión de la inclusión de estos riesgos en los mapas de riesgos de cada proceso de manera adecuada.
- ✚ Se recomienda que los resultados de esta auditoría sean tenidos en cuenta para realizar los ajustes pertinentes a los mapas de riesgos y al documento publicado denominado “mapas de riesgos corporativos”.
- ✚ Se recomienda realizar el análisis de causa raíz de manera correcta para identificar las acciones preventivas idóneas que eviten que las situaciones asociadas a la administración del riesgo se vuelvan a presentar.

## 6.2 No conformidades

### No conformidad para todos los procesos – Primera Línea de Defensa.

- ✚ Teniendo en cuenta que, en los informes de auditoría correspondientes a la administración del riesgo de la Entidad realizados en el año 2019, se identificaron situaciones asociadas al riesgo residual, diseño de controles y tratamiento del riesgo a las cuales se les generaron recomendaciones con el fin de corregir estas situaciones. Se observó que dichas situaciones persisten de acuerdo con la evaluación realizada por esta auditoría evidenciando de esta manera que los líderes de proceso y equipos de riesgos de los procesos no aplican las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno, incumpliendo de esta manera el literal g, art. 4 de la Ley 87 de 1993.

### No conformidad para el proceso Sistema Estratégico de Planeación y Gestión – Segunda Línea de Defensa.

- ✚ La información publicada en la página web correspondiente al documento “mapa de riesgos corporativo” presenta diferencias en relación con los mapas de riesgos de los procesos. Por lo anterior, se evidenció el incumplimiento de los principios de transparencia asociados a la calidad de la información y divulgación proactiva de la información estipulados en el Art. 3 de la Ley 1712 de 2014.
- ✚ Si bien la Segunda Línea de Defensa, realizó mesas de trabajo para socializar la nueva metodología asociada a la administración del riesgo de la Entidad y solicitó los seguimientos de los riesgos, que se encuentran establecidos en la política de la administración del riesgo, se observó que, durante la evaluación realizada en esta auditoría a la Segunda Línea de Defensa, el 50% de los riesgos de la muestra presentan inconsistencias. De acuerdo con las responsabilidades asignadas a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación las responsabilidades correspondientes a: verificar que el diseño de los controles establecidos por la primera línea de defensa sea pertinente frente a los riesgos identificados; verificar que los controles contribuyan a la mitigación de los riesgos hasta niveles

aceptables y verificar que el diseño y ejecución de los controles mitiguen los riesgos estratégicos o institucionales, no son cumplidas. Lo anterior da lugar al incumplimiento del esquema de responsabilidades para la implementación de las líneas de defensa de acuerdo con la estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, actualizado a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, acogidos dichos modelos por la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1499 de 2017.

- ✚ Se reiteran las no conformidades generadas en el informe de auditoría de administración del riesgo generado en octubre de 2019.

**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)**