

Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20191020064643



Fecha: 29-04-2019

MEMORANDO

Bogotá D.C

PARA: Dr. LOUIS FRANCOIS KLEYN LÓPEZ
Presidente**Dr. LUIS EDUARDO GUTIÉRREZ DIAZ**
Vicepresidente de Gestión Contractual**Dr. CARLOS ALBERTO GARCIA MONTES**
Vicepresidente de Ejecutiva**Dra. SILVIA URBINA RESTREPO**
Vicepresidente de Estructuración (E)**Dr. FERNANDO AUGUSTO RAMIREZ LAGUADO**
Vicepresidente Jurídico**Dr. JOSÉ ROMAN PACHECO GALLEGO**
Vicepresidente de Planeación, Riesgos y Entorno (E)**Dra. ELIZABETH GÓMEZ SÁNCHEZ**
Vicepresidente Administrativa y Financiera**Dra. NOHORA ISABEL VARGAS CASTRO**
Coordinadora Grupo Interno de Trabajo de Planeación**Dra. ALBA CLEMENCIA ROJAS ARIAS**
Coordinador del Grupo Interno de Trabajo de Talento Humano**Dr. ANDRÉS FRANCISCO BOADA**
Gerente de Sistemas y Tecnología**Dr. JUAN CARLOS SIERRA CORONADO**
Jefe Oficina de Comunicaciones**DE: GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO**
Jefe Oficina de Control Interno**ASUNTO:** Informe de auditoría a la gestión de la administración del riesgo de la Agencia
Nacional de Infraestructura – ANI I-2019La movilidad
es de todos

Mintransporte



Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20191020064643



Fecha: 29-04-2019

MEMORANDO

Respetados doctores:

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

Las conclusiones y no conformidades se describen en el capítulo 7 del informe que se anexa a la presente comunicación, con el fin de coordinar las acciones tendientes a la atención de las 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 adopción de medidas preventivas o correctivas procedentes para lo cual el término recomendado es de treinta (30) días calendario contados a partir de la radicación.

Cordialmente,

GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO

Jefe Oficina de Control Interno

Anexos: 10 folios

cc: 1) LUIS EDUARDO GUTIERREZ DIAZ (VGC) Vicepresidencia de Gestion Contractual BOGOTA D.C. -2) CARLOS ALBERTO GARCIA MONTES (VICE) Vicepresidencia Ejecutiva BOGOTA D.C. -3) SILVIA URBINA RESTREPO 7 (E) Vicepresidencia de Estructuración BOGOTA D.C. -4) FERNANDO AUGUSTO RAMIREZ LAGUADO (VICE) Vicepresidencia Jurídica BOGOTA D.C. -5) JOSE ROMAN PACHECO GALLEG0 (VICE E) Vicepresidencia de Planeación Riesgos y Entorno BOGOTA D.C. -6) ELIZABETH GOMEZ SANCHEZ (VICE) Vicepresidencia Administrativa y Financiera BOGOTA D.C. -7) NOHORA ISABEL VARGAS CASTRO GIT de Planeación BOGOTA D.C. -8) ALBA CLEMENCIA ROJAS ARIAS (COOR) GIT de Talento Humano BOGOTA D.C. -9) ANDRES FRANCISCO BOADA Vicepresidencia de Planeación Riesgos y Entorno BOGOTA D.C. -10) JUAN CARLOS SIERRA CORONADO Oficina de Comunicaciones BOGOTA D.C.

Proyectó:

Revisó:

VoBo: GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO (JEFE)

Nro Rad Padre:

Nro Borrador:

GADF-F-010



La movilidad
es de todos

Mintransporte

INFORME DE AUDITORÍA



Gestión de la administración del riesgo de la Agencia
Nacional de Infraestructura

2019

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS	3
2. ALCANCE	3
3. METODOLOGÍA.....	3
4. MARCO NORMATIVO	5
5. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES	6
6. DESARROLLO DEL INFORME.....	6
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y NO CONFORMIDADES	17

1. OBJETIVOS

- ✓ Verificar la suficiencia de los riesgos establecidos en el mapa de riesgos institucional y de corrupción a partir de las no conformidades del Plan de Mejoramiento por Procesos - PMP y hallazgos del Plan de Mejoramiento Institucional - PMI.
- ✓ Verificar los resultados obtenidos a partir de las recomendaciones realizadas por la Oficina de Control Interno en la Administración del Riesgo de la Entidad.

2. ALCANCE

El alcance de este informe se enmarca en la gestión de la administración del riesgo de la Entidad, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de marzo de 2019.

3. 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 los siguientes aspectos:

Apertura de la auditoría: A través de correo electrónico del 5 de abril del presente año, se notificó la realización de esta auditoría, dando a conocer el plan de auditoría que se aplicó en esta ocasión.

El 10 de abril del presente año, se realizó la reunión de apertura de la auditoría con los equipos de riesgos de cada proceso, se socializó el plan de auditoría y se coordinaron las fechas de entrevista con cada equipo de riesgos.

Revisión de registros y documentos: Con el fin de cumplir los objetivos de esta auditoría, se descargaron los archivos asociados al Plan de Mejoramiento Institucional – PMI y el Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP, que se encuentran publicados y disponibles para su consulta en la página web de la Entidad en los siguientes vínculos:

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

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

De igual manera, se descargaron las matrices de riesgo institucional y de corrupción que se encuentran publicadas en la página web de la Entidad en los siguientes vínculos:

<https://www.ani.gov.co/riesgos-y-medidas-anticorrupcion>

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

Por otra parte, se solicitó al Grupo Interno de Trabajo de Planeación, los informes de seguimiento correspondientes a los riesgos de cada proceso del último semestre del año 2018, con el fin de observar los ajustes o modificaciones que los responsables de cada proceso determinaron para mejorar la gestión del riesgo en la Entidad.

Entrevistas: De acuerdo con lo informado en la reunión de apertura de esta auditoría, se realizó una entrevista a cada equipo de riesgos de cada proceso, donde se aplicó un cuestionario con el fin de evaluar el grado de avance de las recomendaciones generadas por la la Oficina de Control Interno a través de los informes de auditoría correspondientes a la administración del riesgo, en materia de controles, indicadores y evaluación de los riesgos, teniendo en cuenta los resultados obtenidos a partir del seguimiento entregado por cada responsable de proceso, al Grupo Interno de Trabajo de Riesgos.

Por lo anterior, se establecieron unos parámetros de calificación, que determinaron el porcentaje de avance sobre las recomendaciones que se implementaron en los riesgos para el año 2019.

NIVEL DE AVANCE EN LAS RECOMENDACIONES		
LOS AVANCES NO SON CONSIDERABLES	HAY AVANCES PARCIALES	LAS RECOMENDACIONES FUERON APLICADAS
0 - 60%	61% - 80%	81% - 100%

A partir del resultado de estas entrevistas, se generaron conclusiones y recomendaciones para los riesgos de cada proceso que se presentan en el capítulo 6 de este informe.

Verificación de la suficiencia de los riesgos: Se analizó el estado de los riesgos institucionales y de corrupción frente a los hallazgos y no conformidades generadas en los informes de auditoría de la Oficina de Control Interno, con el fin de identificar riesgos materializados en la Entidad.

Para realizar este análisis, se tuvieron en cuenta los conceptos claves del Plan de Mejoramiento Institucional - PMI y el Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP, con corte a 31 de marzo del presente año. De acuerdo con este ejercicio, se obtuvieron los resultados que se describen en el capítulo 6 de este informe.

Socialización de resultados y cierre de la auditoría: Se realizó la reunión de cierre de auditoría el día 26 de abril de 2019 mediante acta de cierre (EVCI-F-035), en donde se socializaron los resultados de la auditoría, las recomendaciones y no conformidades generadas a partir de este ejercicio. Esta información se podrá consultar en el capítulo 7 de este informe.

4. MARCO NORMATIVO

- ✓ Ley 87 de 1993, “por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”.
- ✓ Decreto 648 de 2017, “por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, reglamentario único del sector de la función pública”.
- ✓ Decreto 1499 de 2017, “por medio del cual se modifica el decreto 1083 de 2015, Decreto único reglamentario del sector función pública, en lo relacionado con el sistema de gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 de 2015.”
- ✓ Manual Operativo Sistema de Gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 2 - agosto de 2018.
- ✓ Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en Entidades públicas (Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital) Versión 4 - octubre 2018.
- ✓ ISO 31000 de 2011 – Gestión del riesgo, principios y directrices.

5. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

5.1 Plan de Mejoramiento Institucional - PMI: Al realizar el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional- PMI, se evidenció que hay un hallazgo relacionado con riesgos institucionales. A continuación se relaciona la información asociada al hallazgo:

Nº de hallazgo	Hallazgo	Responsable	Estado del hallazgo
1183-42	Hallazgo No. 42 Administrativo. Riesgos contables. Dentro del mapa de riesgo institucional de la ANI, tienen identificados algunos riesgos y controles, sin embargo, estos no permiten dar cumplimiento a los conceptos y definiciones establecido en la resolución 357 de 2008, referente al control interno contable, como son sus objetivos, su evaluación, los riesgos de índole contable, los aspectos conceptuales relacionados con el proceso contable y sus procedimientos.	Vicepresidencia Administrativa y Financiera	Cumplido

5.2 Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP: Al realizar el seguimiento al Plan de Mejoramiento por Procesos-PMP, formato EVCI-F-004, se evidenció que, no se han generado no conformidades por parte de la Oficina de Control Interno asociadas a la administración del riesgo de la Entidad.

6. DESARROLLO DEL INFORME

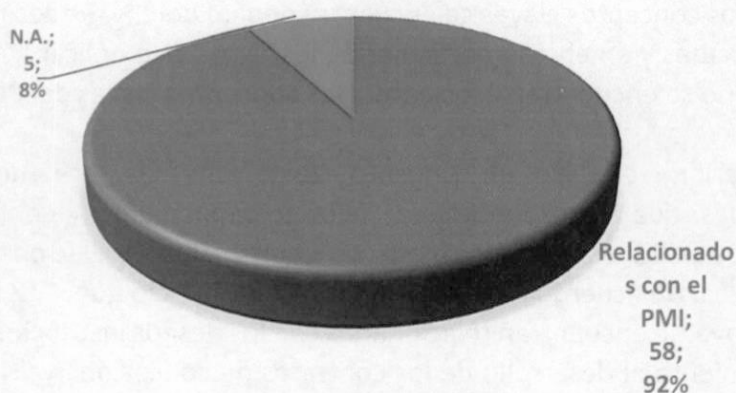
Consecuente con la metodología señalada en el capítulo 3 de este informe, a continuación, se señalan los temas que se abordaron para dar cumplimiento a los objetivos de esta auditoría:

6.1 Suficiencia de los riesgos institucionales y de corrupción de la Entidad:

a. Plan de Mejoramiento Institucional - PMI

De acuerdo con la información que se encuentra publicada en la página web de la Entidad, se han identificado 63 riesgos institucionales y 18 riesgos de corrupción, para un total de 81 riesgos. En esta ocasión, esta auditoría revisó la relación de los 63 riesgos institucionales con los conceptos claves que contiene el Plan de Mejoramiento Institucional – PMI.

Se observó que, de los 63 riesgos institucionales 58 de ellos, se encuentran relacionados con el Plan de Mejoramiento Institucional – PMI, es decir que hay una relación del 92% con los hallazgos y los riesgos institucionales.



De igual manera, se revisó el número de riesgos que se encontraban asociados a los conceptos claves y se observó que:

Conceptos claves	Número de riesgos asociados
Falta de seguimiento y control	33
Problemas de planeación	26
Problemas en la gestión Administrativa y Financiera de la ANI	26
Problemas en actuaciones contractuales	13
Deficiencias en actuaciones contractuales	11
Desplazamiento de cronograma	7
N.A.	5
Problemas de gestión predial	5
Problemas en la gestión del talento humano de la ANI	3
Problemas en mediciones contractuales	2
Casos sometidos a tribunales de arbitramento	1
Panel de expertos	1
Rendimientos financieros	1

Los de mayor incidencia en los riesgos institucionales corresponden a la falta de seguimiento y control (24.63%), problemas de planeación (19.40%), problemas en la gestión administrativa y financiera de la ANI (19.40%), problemas en actuaciones contractuales (9.70%) y deficiencias en actuaciones contractuales (8.21%).

El resto de los conceptos claves se encuentra debajo del 8%, es decir no tiene más de 7 riesgos asociados y en el caso particular de los "N.A." (No aplican), corresponden a los riesgos que no se encuentran asociados a los conceptos claves del PMI

Por lo anterior, se eligió el concepto clave con más incidencia en los riesgos institucionales, que corresponde a la "falta de seguimiento y control", con el fin de verificar si los hallazgos asociados a este concepto, estaban relacionados con los riesgos institucionales. De acuerdo con este ejercicio se evidenció que, 112 hallazgos bajo este concepto clave, se encuentran relacionados con los riesgos institucionales "Limitaciones en el seguimiento al desarrollo de los contratos de concesión" y "No obtención de las licencias y permisos ambientales a tiempo, para la ejecución de las obras". Estos riesgos corresponden al proceso de gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte.

La Oficina de Control Interno concluyó, que si bien los equipos de riesgos manifestaron en las entrevistas haber tenido en cuenta los hallazgos para la identificación de nuevos riesgos y/o riesgos materializados, se evidenció que no se han tenido en cuenta para ajustar los riesgos, reportar los riesgos materializados, mejorar los controles, revisar la valoraciones de los controles y evaluación de los riesgos después de controles.

En consecuencia, se recomienda que los líderes de proceso participen en este ejercicio, teniendo como referente los hallazgos del PMI, con el fin de garantizar los ajustes pertinentes a los riesgos asociados a los procesos.

b. Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP

Teniendo en cuenta que, la Entidad ha identificado 63 riesgos institucionales y 18 riesgos de corrupción, para un total de 81 riesgos identificados, se realizó el cruce de la información que se encuentra en el Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP, con los riesgos institucionales y de corrupción identificados por la Entidad; se observó que, de los 63 riesgos institucionales, 17 riesgos se encuentran relacionados con no conformidades. A continuación se relacionan los riesgos por proceso que se encuentran relacionados con las no conformidades:

PROCESOS MISIONALES		
PROCESO RESPONSABLE	RIESGO	ASOCIADO A LA NC:
Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte	Demora en la disponibilidad y/o adquisición de los predios requeridos para las obras	INADECUADA GESTIÓN DE LA SUPERVISIÓN - en temas prediales - FENOCO 3315 y Férreo Pacífico 3338.
	No obtención de las licencias y permisos ambientales a tiempo, para la ejecución de las obras.	INADECUADA GESTIÓN DE LA SUPERVISIÓN - en temas ambientales - 4G- Segunda Ola Autopista Mar 2 - 3386, FENOCO - 3622, Malla vial del valle del cauca y cauca - 3564
	Limitaciones en el seguimiento al desarrollo de los contratos de concesión.	INADECUADA GESTIÓN DE LA SUPERVISIÓN - Falencias en la gestión al interior de la Entidad - Sociedad portuaria Coremar Shore Base - 3669, Fontibón Facatativá los Alpes - 1214.
		PROBLEMAS EN ACTUACIONES CONTRACTUALES - Inconsistencias en las obligaciones del contrato de la interventoría - Sociedad portuaria Coremar Shore Base - 3671.
		PROBLEMAS EN LA EJECUCIÓN DE LOS PROYECTOS - Advertencia sobre la materialización de riesgos asociados a los proyectos - Sociedad Portuaria Algranel S.A. - 3634 y Sociedad Portuaria Bavaria S.A - 3647
	Decisiones inoportunas al interior de la entidad.	INADECUADA GESTIÓN DE LA SUPERVISIÓN - Falencias en la gestión al interior de la Entidad - 3669 y 3676
Demoras en la ejecución de obligaciones contractuales y compromisos pactados.	INCUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN JURÍDICA: Incumplimientos contractuales - 3681	
Estructuración de proyectos de infraestructura de transporte	Estructuración técnica, legal y financiera, inadecuada o insuficiente	PROBLEMAS EN LA GESTIÓN DE LOS PROYECTOS - Indebida estructuración del proyecto - 3523

PROCESO ESTRATÉGICO		
PROCESO RESPONSABLE	RIESGO	ASOCIADO A LA NC:
Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	Inadecuada asignación y ejecución de los recursos	PROBLEMAS EN LA GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA - Incumplimiento al estatuto de presupuesto – 3677
	Generación de obligaciones no previstas o no reconocidas que requieran recursos.	PROBLEMAS EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA - Los planes de la Entidad no cuentan con presupuesto para su ejecución – 3657
	Pérdida de la memoria institucional	PROBLEMAS EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA - No entrega del inventario asociado al archivo – 3538
	Desactualización del sistema documental de la Entidad	PROBLEMAS EN LA GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD - Documento sin actualizar - 2967 La Oficina de Control Interno, generó un informe de seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad en materia de la documentación asociada al SGC. En este informe se evidenció la desactualización de procedimiento
PROCESOS DE APOYO		
PROCESO RESPONSABLE	RIESGO	ASOCIADO A LA NC:
Gestión jurídica	Incumplimiento de los términos del proceso sancionatorio.	INCUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN JURÍDICA - Demoras en el inicio de procesos sancionatorios - 3576
	Inadecuada gestión de pagos de las sentencias ejecutoriadas.	INCUMPLIMIENTO EN LA GESTIÓN JURÍDICA - Pago inoportuno de las sentencias judiciales - 3552
Gestión de la información y comunicaciones	Desarticulación de la estrategia de la organización y el Plan Estratégico de Tecnología de Información.	INCUMPLIMIENTO DE POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL - Lineamientos gobierno en línea - 3163 - Deficiencias en el SGSI - 3654, 3655 Y 3656
Transparencia, participación, servicio al ciudadano y comunicación	Respuestas incompletas, inexactas e inoportunas a PQRS.	PROBLEMAS EN LA GESTIÓN DE ATENCIÓN AL CIUDADANO - Respuestas a los requerimientos inoportunos, defectuosos y extemporáneos - 3283, 3304, 3476, 3477 y 3501. Estas no conformidades se encuentran adjudicadas a todos los procesos.

De acuerdo con la información anterior, se evidenció que de los 63 riesgos institucionales identificados por la Entidad, 17 se encuentran materializados, debido a su relación con las no conformidades, es decir que, el 27% de los riesgos institucionales se encuentran materializados.

Los riesgos de corrupción identificados por la Entidad, no se encuentran relacionados con las no conformidades que se han generado por parte de esta Oficina. De igual manera, la Oficina de Control Interno, durante las auditorías realizadas a la administración del riesgo de la Entidad, no ha evidenciado no conformidades asociadas a la materialización de los riesgos de corrupción.

Es importante señalar la incidencia de la materialización de los riesgos institucionales con respecto a los procesos. A continuación se presenta una gráfica con esta información:



En esta gráfica se observó que, de los 9 procesos evaluados, 7 se encuentran con riesgos materializados, por otra parte, los procesos asociados a la gestión de la contratación pública y la gestión del talento humano no tienen no conformidades asociadas a los riesgos identificados.

Los equipos de riesgos de los procesos, manifestaron haber tenido en cuenta las no conformidades para identificar riesgos materializados, sin embargo, se evidenció que los informes de seguimiento que presentaron los líderes de procesos al Grupo Interno de Trabajo, no reportaron la materialización de los riesgos, de acuerdo con lo observado en este ejercicio. En consecuencia, se concluye que no se evidencia la aplicación de este criterio para reportar materialización de riesgos.

6.2 Avances de la Entidad obtenidos a partir de las recomendaciones de la Oficina de Control Interno: realizadas las entrevistas a los equipos de riesgos de cada proceso, se obtuvieron resultados en materia de identificación de riesgos materializados o nuevos riesgos, verificación de controles, ajustes a controles con la nueva metodología DAFP y el procedimiento para reportar la materialización de riesgos. Las respuestas al cuestionario aplicado en la entrevista se basaron en los informes de seguimiento realizados por los responsables de los riesgos institucionales y de corrupción de cada proceso. A continuación, se relacionan los resultados de acuerdo con las respuestas obtenidas en las entrevistas:

a. Identificación de riesgos materializados o nuevos riesgos

PREGUNTA 1: ¿Qué ejercicio ha realizado para identificar riesgos en el proceso?
NIVEL DE AVANCE: 89%
LAS RECOMENDACIONES FUERON APLICADAS

Ocho de los nueve equipos de riesgos de los procesos entrevistados, confirmaron que han realizado ejercicios para identificar nuevos riesgos. Las mesas de trabajo con los equipos de riesgos, la actualización de la caracterización y documentos asociados al proceso dan cuenta de la realización de estos ejercicios. Sin embargo, en ninguno de los casos se dio lugar a la identificación de un nuevo riesgo o la materialización de los mismos.

Si bien, los equipos han realizado ejercicios para identificar nuevos riesgos o la identificación de la materialización de riesgos, los ajustes identificados no se ven reflejados en la matriz de riesgos institucional, debido a que se encuentra pendiente realizar el monitoreo anual de los riesgos institucionales y generar la actualización de los mapas de riesgos para el año 2019. La información que se encuentra publicada en la página web, corresponde al año 2018.

En cuanto a los riesgos de corrupción, se encuentran actualizados y publicados en la página web de la Entidad con corte a 31 de enero de 2019. La Entidad mantiene los mismos riesgos de corrupción y no se observó un nuevo riesgo de corrupción identificado.

Sin embargo y en el ejercicio de seguimiento realizado a los riesgos de corrupción por parte de la Entidad, la Oficina de Control Interno observó que, de los 18 riesgos de corrupción identificados, 14 tienen como opción de manejo “asumir el riesgo”. De acuerdo con la evaluación de los riesgos después de controles, se identificó que de los 14 riesgos de corrupción, 2 de ellos se encuentran en zona de riesgo alta, 7 en zona de riesgo moderada y 5 en zona de riesgo baja.

De los 14 riesgos de corrupción mencionados anteriormente, 3 de ellos, se encuentran en zona de riesgo moderada y no cuentan con acción de tratamiento.

Es de resaltar, que la política de la administración del riesgo de la Entidad estipula lo siguiente en su capítulo 6 literal f: *“la opción de tratamiento o manejo para los riesgos residuales ubicados en zona de riesgo extremo, alto o moderado, no podrá ser opción de manejo con “asumir el riesgo” y por lo tanto deberán tener una propuesta o acción de tratamiento coherente que busquen disminuir el riesgo”*.

Por otra parte, en la Guía de la administración del riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública, en su capítulo denominado “tratamiento del riesgo” pagina 68, informa que la opción de manejo “aceptar el riesgo”, no se puede elegir en el caso de los riesgos de corrupción.

En el caso de los riesgos institucionales, no se evidenció el incumplimiento de la política de la administración del riesgo de la Entidad.

PREGUNTA 2: ¿Han tenido en cuenta los hallazgos de la CGR o las no conformidades generadas en los informes de auditoría de la OCI?

NIVEL DE AVANCE: 100%

LAS RECOMENDACIONES FUERON APLICADAS

Todos los equipos de riesgos entrevistados confirmaron que tuvieron en cuenta los hallazgos y las no conformidades que se han generado a través de los informes de

auditoría por la Oficina de Control Interno con el fin de identificar nuevos riesgos o la materialización de los mismos. Sin embargo, en algunos equipos de riesgos este ejercicio dio lugar al replanteamiento y/o ajuste de algunos riesgos, tal es el caso de los procesos de Estructuración de proyectos de infraestructura de transporte, Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte, Sistema Estratégico de Planeación y Gestión y Gestión de la información y comunicaciones.

Es de resaltar que, en ninguno de los informes de seguimiento de los riesgos, correspondientes al segundo semestre del año 2018, presentados al Grupo Interno de Trabajo de Planeación, se vio reflejado el reporte de riesgos materializados.

b. Verificación y ajustes a los controles de los riesgos institucionales y de corrupción.

PREGUNTA 3: ¿De acuerdo con el ejercicio de seguimiento que realizaron a los riesgos, hicieron un cambio en los controles o identificaron nuevos controles?

NIVEL DE AVANCE: 28%

LOS AVANCES NO SON CONSIDERABLES

De los nueve equipos de riesgos entrevistados, uno de ellos identificó nuevos controles, tres realizaron ajustes a los controles en materia de redacción y cinco de ellos no identificaron nuevos controles y tampoco realizaron ajustes a los mismos. Si bien los equipos realizaron la verificación de los controles asociados a los riesgos, en materia de identificación, valoración y ajustes en la redacción de los controles, no se vieron reflejados en los riesgos, dichos cambios.

Se recomendó a los equipos de riesgos de cada proceso en las entrevistas, que realicen los ajustes de lo identificado en las matrices de los riesgos institucionales para el año 2019, a través del monitoreo que se encuentra pendiente de realizar. Solicitar de igual manera el acompañamiento y asesoramiento del Grupo Interno de Planeación para la generación de estos ajustes.

De igual manera, se recomienda que cada proceso genere una revisión de los controles teniendo en cuenta el cumplimiento de las variables establecidas en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 4 del

Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. A continuación se relacionan las variables a evaluar para el adecuado diseño de controles¹:

- Paso 1:** Debe tener definido el responsable de llevar a cabo la actividad de control.
- Paso 2:** Debe tener una periodicidad definida para su ejecución.
- Paso 3:** Debe indicar cuál es el propósito del control.
- Paso 4:** Debe establecer el cómo se realiza la actividad de control.
- Paso 5:** Debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control.
- Paso 6:** Debe dejar evidencia de la ejecución del control.

Es de resaltar, que el Grupo Interno de Trabajo de Planeación, manifestó en varias entrevistas que se programarán mesas de trabajo con los equipos de riesgos de cada proceso para realizar el ejercicio de monitoreo. Estas mesas de trabajo se programarán en el mes de mayo.

PREGUNTA 4: ¿Son los controles adecuados?

NIVEL DE AVANCE: 56%

LOS AVANCES NO SON CONSIDERABLES

De los nueve equipos de riesgos entrevistados, tres consideraron que los controles son adecuados, dos que no son adecuados y cuatro consideran que se deben hacer ajustes a los controles en materia de redacción o cambiar los controles por los que se identificaron.

En el momento de la auditoría los ajustes identificados no se reflejaron en las matrices de riesgos institucionales (matrices de riesgos de 2018). Sin embargo, los ajustes a los controles se realizarán en las mesas de trabajo que adelantará el Grupo Interno de Planeación con los equipos de riesgos de los procesos.

PREGUNTA 5: ¿Qué avances se han generado en los riesgos del proceso a partir de los lineamientos de la Guía de la Administración del Riesgo del DAFP en materia de controles?

¹ Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4-DAFP
(http://www.funcionpublica.gov.co/web/eva/biblioteca-virtual/-/document_library/bGsp2ljUBdeu/view_file/35457539)

NIVEL DE AVANCE: 0%

LOS AVANCES NO SON CONSIDERABLES

Se observó que ninguno de los equipos de riesgos de los procesos, ha generado avances correspondientes al cumplimiento de las variables asociadas para el adecuado diseño de controles de los riesgos institucionales.

Sin embargo, la Oficina de Control Interno observó que la Entidad, en los riesgos de corrupción ajustó los controles de acuerdo con los lineamientos de la Guía de la Administración del Riesgo del DAFP.

La Oficina de Control Interno, nuevamente recomienda aplicar los lineamientos trazados por el DAFP en materia de controles.

c. Procedimiento para el reporte de riesgos materializados

PREGUNTA 6: ¿Sabe que procedimiento debe seguir cuando se identifica un riesgo materializado?

NIVEL DE AVANCE: 56%

LOS AVANCES NO SON CONSIDERABLES

PREGUNTA 7: ¿A quién deben reportar un riesgo materializado?

NIVEL DE AVANCE: 50%

LOS AVANCES NO SON CONSIDERABLES

De los nueve equipos de riesgos entrevistados, se observó que 3 de ellos tienen claridad sobre el procedimiento que se debe seguir para reportar un riesgo materializado.

De acuerdo con el resultado anterior, la Oficina de Control Interno, considera conveniente generar una charla, capacitación o mesa de trabajo con los líderes y equipos de cada proceso para señalar el procedimiento que se debe seguir en caso de un riesgo materializado, a quien se le debe reportar en la Entidad y que acciones debe tomar para darle tratamiento a un riesgo que presenta esta situación.

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y NO CONFORMIDADES

7.1 Conclusiones

- 7.1.1 La Entidad aún no cuenta con las matrices de riesgos institucionales actualizadas para el año 2019.
- 7.1.2 Los líderes de cada proceso, aplicaron los lineamientos formulados por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP, en material de controles, a los riesgos de corrupción.
- 7.1.3 Los equipos de riesgos de los procesos, tienen en cuenta los resultados y recomendaciones que se generan desde la Oficina de Control Interno en materia de riesgos. Sin embargo, los avances en la aplicación de estas recomendaciones corresponden a un 54%, debido a que la implementación de las recomendaciones son parciales.
- 7.1.4 En los seguimientos que realiza cada líder de proceso con sus equipos de riesgos, no se está verificando la opción de manejo de los riesgos de corrupción, incumplimiento las políticas de la administración del riesgo de la Entidad, señaladas en el Manual para la Administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004).
- 7.1.5 De acuerdo con los resultados del cruce de los riesgos con el Plan de Mejoramiento por Procesos - PMP, se concluye que el 27% de los riesgos institucionales, se encuentran materializados, no obstante, en los informes de seguimiento presentados por los líderes y equipos de riesgos de los procesos, en el punto 5 denominado "riesgos materializados institucionales y de corrupción" no se evidenció el reporte de riesgos materializados.
- 7.1.6 Se evidenció en los equipos de riesgos de los procesos el desconocimiento del procedimiento que se debe seguir cuando se identifica un riesgo materializado.

7.2 Recomendaciones

- 7.2.1 Se recomienda generar una charla, capacitación y/o mesa de trabajo con los líderes y equipos de riesgos de cada proceso para señalar el procedimiento que se debe seguir en caso de un riesgo materializado, a quien se le debe reportar en la Entidad y que acciones se deben tomar para darle tratamiento a un riesgo bajo esta situación.
- 7.2.2 Se recomienda generar una charla a los líderes y equipos de riesgos de los procesos, sobre el correcto uso y beneficio del formato SEPG-F-072, correspondiente al informe ejecutivo de seguimiento de riesgos por proceso y medidas anticorrupción.
- 7.2.3 Se recomienda implementar un espacio como criterio para evidenciar la materialización de los riesgos a través del Plan de Mejoramiento Institucional y Plan de Mejoramiento por Procesos. Este espacio se puede implementar en el formato correspondiente al informe ejecutivo de seguimiento de riesgos por proceso y medidas anticorrupción.
- 7.2.4 Se recomienda aplicar los lineamientos trazados por el DAFP en materia de controles.
- 7.2.5 Se recomienda generar las actualizaciones pertinentes y que den lugar al Manual para la Administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004).
- 7.2.6 De acuerdo con la revisión realizada por la Oficina de Control Interno en esta ocasión, se recomienda que los equipos de riesgos y líderes de proceso revisen la redacción de los riesgos y controles. Verificar los lineamientos señalados por el DAFP en la guía de la administración del riesgo.
- 7.2.7 Se recomienda realizar una socialización de los riesgos a los servidores que pertenecen a los procesos a través de los equipos de riesgos.

7.3 No conformidades

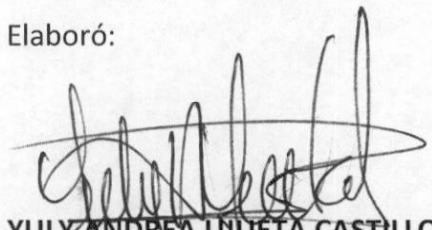
7.3.1 Proceso de Gestión Contractual y Seguimiento de Proyectos de Infraestructura de Transporte (Vicepresidencias de Gestión Contractual y Ejecutiva)

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).

7.3.2 Proceso Sistema Estratégico de Planeación y Gestión (Vicepresidencia de Planeación, Riesgos y Entorno)

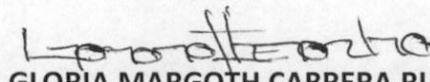
De los 18 riesgos de corrupción identificados por la Entidad, 9 riesgos incumplen el capítulo 6 literal f asociado a las políticas de administración de riesgos de la Entidad, que se encuentran señaladas en el Manual para la Administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI (SEPG-M-004) y el numeral 3.2.3 asociado al tratamiento del riesgo de la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, debido a que no pueden ser asumidos por la Entidad.

Elaboró:



YULY ANDREA UJEDA CASTILLO
Auditor Oficina de Control Interno

Revisó y aprobó:



GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO
Jefe Oficina de Control Interno