



MEMORANDO

Bogotá D.C

PARA: DR. DIMITRI ZANINOVICH VICTORIA
Presidente

DR. JOSE LEONIDAS NARVAEZ MORALES
Vicepresidencia de Gestión Contractual

DR. LUIS FERNANDO MEJIA GOMEZ
Vicepresidente de Ejecutiva

DR. CAMILO ANDRES JARAMILLO BERROCAL
Vicepresidente de Estructuración

DR. FERNANDO IREGUI MEJIA
Vicepresidente de Planeación, Riesgos y Entorno

DRA. GINA ASTRID SALAZAR LANDINEZ
Vicepresidente Administrativa y Financiera

DRA. LINA QUIROGA VERGARA
Vicepresidente Jurídico

DE: GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO
Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe de auditoría correspondiente a la administración del riesgo institucional –
PVAR 1.

Respetados Doctores:

La Oficina de Control Interno, en su rol de evaluación y seguimiento, realizó en el mes de junio del 2018, la auditoría correspondiente a la administración del riesgo institucional de la ANI (PVAR 1), cuyo informe se remite para conocimiento de todos los líderes de procesos.

En este informe se presentan recomendaciones que se describen el capítulo 7, las cuales deben atenderse por los responsables de administrar los riesgos, de los cinco procesos evaluados en la muestra, con el fin de fortalecer la administración del riesgo de la Entidad.

Cordial saludo,

GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO
Jefe Oficina de Control interno

Anexos: 11 folios



MEMORANDO

cc. Dra. Poldy Paola Osorio Alvarez – Coordinación del Grupo Interno de Trabajo de Riesgos

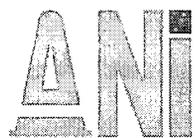
Proyectó: Yuly Andrea Ujueta Castillo – Contratista Oficina de Control Interno

VoBo:

Nro Rad Padre:

Nro Borrador:

GADF-F-010



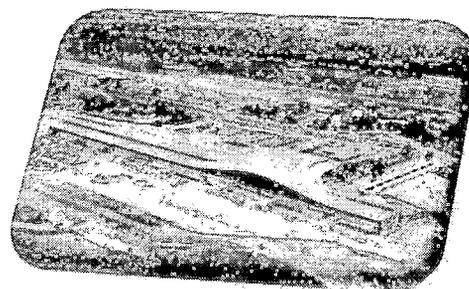
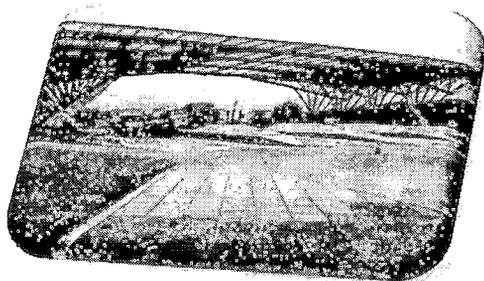
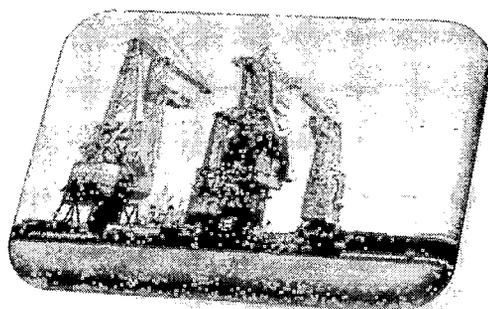
Agencia Nacional de
Infraestructura



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INFORME DE AUDITORÍA



Gestión de la administración del riesgo de la Agencia
Nacional de Infraestructura
PVAR-1

2018



TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS	3
2. ALCANCE	3
3. METODOLOGÍA	3
4. MARCO NORMATIVO.....	5
5. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES	5
6. DESARROLLO DEL INFORME	9
6.1 CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS NORMATIVOS.....	10
6.2 CONTROLES ASOCIADOS A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA.....	15
6.3 IDENTIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SUFICIENCIA DE LOS RIESGOS Y CONTROLES ESTABLECIDOS EN LOS MAPAS DE RIESGOS.....	18
7. RECOMENDACIONES	<u>1820</u>

1. OBJETIVOS

Verificar el cumplimiento de los lineamientos normativos.

Verificar la identificación e implementación de controles asociados a la planeación estratégica.

Verificar la identificación, implementación y suficiencia de los riesgos y controles establecidos en los mapas de riesgos.

2. ALCANCE

A partir de una muestra selectiva, en esta auditoría se verificó la información correspondiente a la administración del riesgo de la Entidad, para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de mayo de 2018.

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: El día 7 de junio del presente año, mediante correo electrónico se dio apertura a la auditoría, donde se señala el plan de auditoría para esta ocasión.

Ejecución de la auditoría: Se realizaron las siguientes actividades para la generación del informe de auditoría:

Revisión de registros y documentos: Para el desarrollo de esta auditoría, se consultó la información asociada a la administración del riesgo que se encuentra publicada en la página web de la Entidad, en el siguiente vínculo: <http://www.ani.gov.co/r-institucionales-y-por-procesos>

La información correspondiente a los riesgos identificados por la Entidad, se consultaron en la página web de la Entidad, donde se encontró la siguiente información:

- a) Matriz sistema estratégico de planeación y gestión
- b) Mapa de riesgos estructuración.
- c) Mapa de riesgos contratación pública.
- d) Mapa de riesgos gestión contractual.
- e) Matriz de riesgos talento humano.
- f) Matriz de riesgos Vicepresidencia Administrativa y Financiera.
- g) Mapa de riesgos gestión jurídica.
- h) Mapa de riesgo gestión de comunicación y tecnología.
- i) Mapa de riesgo Transparencia y PC.
- j) Mapa de riesgo evaluación y control.

De igual manera, se generó una lista de chequeo, con el fin de verificar el cumplimiento de la Entidad, frente a temas relacionados con la normatividad vigente y documentos internos asociados a la administración del riesgo.

Los parámetros de calificación, definidos para determinar el porcentaje de cumplimiento, son los siguientes:

CUMPLIMIENTO		
NO CUMPLE (0)	CUMPLE CON RECOMENDACIONES (1)	CUMPLE (2)
0 – 60%	61% - 80%	81% - 100%

Finalmente, se eligió una muestra para evaluar y verificar la administración del riesgo de la siguiente manera:

Muestra del informe: Para evaluar los controles asociados a los riesgos de la planeación estratégica, se tuvo en cuenta el método de muestreo. Para ello, se identificaron los procesos que se encontraban asociados a las actividades del plan de acción institucional del año 2018. De los cinco (5) procesos identificados, se revisaron las actividades que tuvieran relación con los riesgos institucionales.

PROCESO	RIESGO
Estructuración de proyectos de infraestructura de transporte.	Estructuración técnica, legal y financiera inadecuada o insuficiente.
Sistema estratégico de planeación y gestión.	La entidad no cuenta con las políticas necesarias para el desarrollo de la gestión.
Transparencia, Participación, servicio al ciudadano y comunicación.	Información suministrada a medios sin las validaciones necesarias.
Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte.	Limitaciones en el seguimiento al desarrollo de los contratos de concesión.
Gestión administrativa y financiera.	Presentación y publicación de los estados financieros posterior a las fechas establecidas.

De acuerdo con lo anterior, se entrevistó a un integrante de cada uno de los equipos que apoyó la actualización de los riesgos institucionales y se aplicó la metodología asociada a la valoración del control descrita en el manual de la administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI – SEPG-M-004. Los resultados de esta información se encontrarán en el capítulo 6 de este informe.

Para desarrollar el capítulo asociado a la identificación, implementación y suficiencia de los riesgos y controles establecidos en los mapas de riesgos institucionales, se revisó el 100% de los riesgos institucionales identificados y se cruzó con los conceptos claves de los hallazgos del Plan de Mejoramiento Institucional – PMI.

Entrevistas: Se realizó entrevista el 21 de junio del presente año con los funcionarios responsables de la administración de los riesgos en la Entidad.

En esta entrevista se realizó el seguimiento a las no conformidades generadas en los informes de auditoría anteriores y se evidenciaron avances y cumplimientos sobre los planes de mejoramiento propuestos.

Cabe resaltar, que las evidencias proporcionadas en esta entrevista, dan cuenta de la implementación de las acciones de los años 2016 y 2017.

Socialización de resultados y cierre de la auditoría: Finalmente se generó el cierre de la auditoría el día 28 de junio de 2018 mediante acta cierre (EVCI-F-035).

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 de 2017.
- ✓ Guía para la Administración del Riesgo del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- ✓ 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, se evidencia que no se han generado hallazgos por parte de la Contraloría General de la República relacionados con la administración del riesgo de la Entidad.

5.2 Plan de Mejoramiento por Procesos – PMP: Al realizar el seguimiento al plan de mejoramiento por procesos, formato EVCI-F-004, se evidenció que, se encuentran siete (7) no conformidades las cuales se relacionan a continuación con las observaciones de esta auditoría:

N° NC	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDAD	OBSERVACIONES OCI	AVANCE
2837	No se presentan indicadores pertinentes para medir las actividades propuestas.	En el seguimiento realizado a esta no conformidad, el Grupo Interno de Trabajo de Riesgos, presentó a esta auditoría un informe correspondiente a los 2016 y 2017 asociado a los cambios que se han venido generando en los riesgos. Uno de estos cambios se encuentra relacionado con los indicadores que en años anteriores, se encontraban asociados a las acciones de	CERRADA

N° NC	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDAD	OBSERVACIONES OCI	AVANCE
		<p>mitigación. En los avances que se han logrado frente a esta no conformidad se puede evidenciar que los indicadores se encuentran más asociados a los riesgos.</p> <p>Esta labor se logró con el acompañamiento del Grupo Interno de Trabajo de Riesgos a través de los monitoreos y seguimientos realizados en el año 2017.</p> <p>Por lo anterior, se genera el cierre de esta no conformidad.</p>	
2839	<p>Para el riesgo número 8, deficiencias en la documentación de los procesos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, el indicador es formalización del Sistema Integrado de Gestión de Calidad, registran como resultado permanentemente, este no refleja ningún porcentaje de avance, si bien, se viene trabajando en la implementación de la herramienta ITS y actualización de documentos.</p>	<p>De acuerdo con la no conformidad, el Grupo Interno de Trabajo de Riesgos, evidenció a esta auditoría las recomendaciones que se generaron desde este grupo a los líderes de proceso.</p> <p>Lo anterior se evidenció en el acta del día 24 de octubre de 2016 denominada "<i>monitoreo de mapas de riesgos de procesos y anticorrupción</i>" que se realizó con la Vicepresidencia de Estructuración, en donde se informan las oportunidades de mejora que se identificaron para los riesgos de este proceso.</p> <p>En casos más recientes, se evidenció que el Grupo Interno de Trabajo de Riesgos, a través de mesas de trabajo bajo la metodología LEGO, generó informes a los procesos, con el fin de realizar ajustes en los riesgos. Estos informes fueron entregados a los líderes de proceso.</p> <p>Lo anterior, se puede evidenciar en las actualizaciones que se generaron en la matriz de riesgos de cada uno de los procesos de la Entidad.</p> <p>Por lo anterior, se evidenció que el Grupo Interno de Trabajo de Riesgos ha generado espacios y asesoría a los líderes de proceso a través de herramientas que fortalecieron sus</p>	CERRADA

N° NC	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDAD	OBSERVACIONES OCI	AVANCE
		conceptos para realizar ajustes a los riesgos significativos. Por esta razón se genera el cierre de esta no conformidad.	
3100	<p>NC # 2: El principal objetivo de la administración de riesgos es mejorar la probabilidad de cumplir los objetivos de la entidad. Sin embargo, no se detectó que la planeación anual de la Agencia para 2016 haya considerado como insumo el mapa de riesgos de la Agencia ni que dicho mapa haya sido ajustado a partir de los resultados de cumplimiento de los objetivos de 2015, con el fin de identificar nuevos riesgos y ajustar los controles y acciones de mitigación.</p>	<p>El Grupo Interno de Trabajo de Riesgos solicitó al Grupo Interno de Trabajo de Planeación, mediante memorando interno No. 2016-602-017145-3 del 29/12/2018, tener en cuenta como insumo para la elaboración del plan estratégico de la Entidad, el mapa de riesgos institucional y el de corrupción.</p> <p>Por otra parte, en el plan estratégico de la entidad correspondiente al año 2018, publicado en la página web en el vínculo http://www.ani.gov.co/planes/plan-estrategico-ani-21715, se evidenció que hay un objetivo estratégico el cual se refiere a fortalecer estrategias y herramientas que garanticen una adecuada gestión del riesgo de la Entidad. En este sentido, el plan de acción para este año, cuenta con una actividad a realizar correspondiente a la integración de los riesgos institucionales al Sistema de Gestión de Calidad.</p> <p>Por lo anterior, se considera que el Grupo Interno de Trabajo de Riesgos, ha generado espacios donde se han tenido en cuenta los riesgos institucionales, en la planeación estratégica de la Entidad. Por esta razón se procede al cierre de esta no conformidad.</p>	CERRADA
3101	<p>NC #3: El objetivo principal de la Agencia gira en torno a la estructuración e implementación de proyectos APP de infraestructura de transporte. Sin embargo, no se detecta que la incertidumbre y el desempeño de los proyectos de concesión se consideren de manera sistemática en el modelo de administración de riesgos institucionales de la entidad.</p>	<p>Se verificó en la matriz de riesgos vigente del proceso de gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte, la incorporación de riesgos asociados a los proyectos. De acuerdo con lo anterior, se evidenció que de los 13 riesgos identificados 5 pertenecen a riesgos de proyectos que permite su administración desde la gestión institucional. Estos riesgos son:</p>	CERRADA

N° NC	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDAD	OBSERVACIONES OCI	AVANCE
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Demora en la disponibilidad y/o adquisición de los predios requeridos para las obras. 2. No obtención de las licencias y permisos ambientales a tiempo, para la ejecución de las obras. 3. Demoras en la ejecución de obligaciones contractuales y compromisos pactados. 4. Sobrecostos para el desarrollo de la adquisición predial. 5. Compensación por cambios en las tarifas de peajes establecidas en los contratos. <p>Lo anterior evidencia que la gestión de los proyectos se ha tenido en cuenta en la identificación de nuevos riesgos para la gestión de la Entidad.</p> <p>Se realiza el cierre de esta no conformidad de acuerdo con lo evidenciado en este seguimiento.</p>	
3102	<p>NC #4: Se detecta una cantidad importante de errores conceptuales en el mapa de riesgos, relacionados con los controles y las acciones de mitigación, que denotan falta de rigurosidad en el análisis de los riesgos correspondientes y que, por tanto, disminuyen la efectividad para la administración de los mismos y su valor agregado para la gestión de la entidad.</p> <p>El primer tipo de error que se detecta es la falta de consistencia entre las causas identificadas, los controles y las acciones de mitigación</p> <p>El segundo tipo de error que se detecta es que la acción de mitigación propuesta para la gestión del riesgo es el mismo control existente.</p> <p>El tercer tipo de error que se detecta</p>	<p>Con el fin de fortalecer la administración del riesgo, desde el año 2017, se han venido generando actividades para los procesos, desde el Grupo Interno de Trabajo de Riesgos. Algunas de estas actividades son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación en conceptos de la administración de riesgo con los grupos de riesgos de cada proceso. 2. Mesas de trabajo sobre el cambio de metodología de acuerdo con las actividades asociadas a "LEGO", en donde se elaboró el DOFA institucional y se identificaron nuevos riesgos en los procesos. 3. A partir de los dos ejercicios anteriores, se permitió la generación y actualización de las matrices de riesgos para el año 2018. <p>Una vez verificada la información anterior y a partir de la observación de dichas matrices se puede concluir lo siguiente:</p>	CERRADA

N° NC	DESCRIPCIÓN DE NO CONFORMIDAD	OBSERVACIONES OCI	AVANCE
	<p>corresponde a casos en que los controles o acciones de mitigación son ambiguas y que, por dicha condición, no son eficaces en orientar de manera concreta a la entidad en lo que hay que hacer o generan un abanico muy amplio de posibilidades de acción.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al generar un DOFA, se fortaleció la identificación de las causas de los riesgos. 2. Se generaron cambios en las acciones de mitigación y controles de los riesgos. 3. Se generó la actualización de las matrices de riesgos institucionales para el año 2018, aplicando la nueva metodología. <p>De acuerdo con las conclusiones anteriores, se procede al cierre de esta no conformidad.</p>	
3103	<p>NC #5: Se detectan varios casos en que no es claro que los controles registrados tengan el efecto que se especificó de reducción sustancial de la probabilidad o el impacto, llevando tales riesgos a niveles residuales bajos. Este hecho puede generar una falsa tranquilidad para los responsables de gestionar estos riesgos y afectar, por tanto, una gestión eficaz de los mismos.</p>	<p>Con el fin de fortalecer la administración del riesgo, desde el año 2017, se han venido generando actividades para los procesos, desde el Grupo Interno de Trabajo de Riesgos. Algunas de estas actividades son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitación en conceptos de la administración de riesgo con los grupos de riesgos de cada proceso. 2. Mesas de trabajo sobre el cambio de metodología de acuerdo con las actividades asociadas a "LEGO", en donde se elaboró el DOFA institucional y se identificaron nuevos riesgos en los procesos. 3. A partir de los dos ejercicios anteriores, se permitió la generación y actualización de las matrices de riesgos para el año 2018. <p>De acuerdo con las conclusiones anteriores, se procede al cierre de esta no conformidad.</p>	CERRADA

6. DESARROLLO DEL INFORME

Para el desarrollo de este informe de auditoría se empleó la metodología señalada en el capítulo 3. A continuación se describe el desarrollo de esta auditoría a través de los siguientes temas:

6.1 CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS NORMATIVOS

Con el fin de verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y la Presidencia de la Republica frente a la administración de los riesgos, se generó una lista de chequeo, que arrojó los siguientes resultados:

Documento	Descripción	Cumplimiento ANI			Puntaje final	Verificación OCI
		SI	NO	PARCIAL		
		2	0	1		
Guía Administración de riesgos – DAFP versión 3- Política de Riesgos	¿La Entidad estableció políticas de riesgos?	2			2	A través del Manual para la administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI – SEPG-M-004 Versión 1 del 13 de marzo de 2015, la Entidad estableció su política de riesgo.
	La política de riesgo contiene: 1. Objetivo 2. Alcance 3. Niveles de aceptación del riesgo 4. Niveles para calificar el impacto 5. Tratamiento del riesgo 6. Periodicidad para el seguimiento de acuerdo al nivel del riesgo residual. 7. Niveles de responsabilidad sobre el seguimiento y evaluación de los riesgos.	2			2	A través del Manual para la administración de riesgos institucionales y anticorrupción en la ANI – SEPG-M-004 Versión 1 del 13 de marzo de 2015, la Entidad describe su política para su aplicación.

Documento	Descripción	Cumplimiento ANI			Puntaje final	Verificación OCI
		SI	NO	PARCIAL		
		2	0	1		
	¿La política de riesgos fue divulgada, entendida (términos y definiciones claros) y aplicada por todos los funcionarios?	2			2	<p>La política de riesgos fue divulgada a través del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, el cual se puede consultar en la página web de la Entidad en el siguiente vínculo:</p> <p>http://www.ani.gov.co/sites/default/files/sig//sepg-m-004_manual_para_administrar_el_riego_en_la_ani_v1.pdf</p> <p>La Entidad se encuentra en un momento de cambio en proceso de modificaciones a la administración del riesgo, para ello ha realizado ajustes a esta política y ha compartido la nueva versión del Manual a todos los participantes del comité MIPG, con el fin de generar una retroalimentación antes de su aprobación.</p>
Guía Administración de riesgos – DAFP versión 3 – Identificación del riesgo	Se determinó la metodología a utilizar	2			2	En el capítulo 5 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad confirma que adopta los parámetros y lineamientos metodológicos que imparte el Departamento Administrativo de la Función Pública y lo dictado en la ISO 31000, para la elaboración del mapa de riesgo institucional.
	Incluir todos aquellos lineamientos que en cada paso de la metodología sean necesarios para que todos los procesos puedan iniciar con los análisis correspondientes.	2			2	En el capítulo 9 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, se establecen los lineamientos adoptados por la Entidad para aplicar la metodología elegida por la organización.

Documento	Descripción	Cumplimiento ANI			Puntaje final	Verificación OCI
		SI	NO	PARCIAL		
		2	0	1		
	Establecimiento del contexto: definición de los parámetros internos y externos que se han de tomar en consideración para la administración del riesgo.	2			2	En el capítulo 9.1 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad define los pasos que se deben tener en cuenta para generar un análisis del contexto estratégico.
	Determinación de las causas, con base en el contexto interno, externo y del proceso ya analizados para la Entidad, y que pueden afectar el logro de los objetivos.	2			2	En el capítulo 9.1.1 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad define técnicas para establecer el contexto estratégico y además en el capítulo 9.2.4 se encuentran las técnicas para identificar las causas y consecuencias.
	Identificación de los riesgos. Estarán asociados a aquellos eventos o situaciones que pueden entorpecer el normal desarrollo de los objetivos del proceso, haciendo referencia a sus características o las formas en que se observa o manifiesta.	2			2	En el capítulo 9.1.1 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad establece los lineamientos para la identificación del riesgo.
Guía Administración de riesgos – DAFP versión 3 – Valoración del riesgo	Análisis del riesgo. Metodología para establecer el nivel de consecuencias o impacto con el fin de estimar la zona de riesgo inicial.	2			2	En el capítulo 9.3 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad establece los lineamientos para el análisis de riesgo correspondiente a la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias.
	Metodología para realizar el análisis de los controles aplicados al RIESGO INHERENTE (probabilidad e impacto)	2			2	En el capítulo 9.3.1 y 9.4 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad establece los lineamientos correspondientes a la evaluación y valoración del riesgo.

Documento	Descripción	Cumplimiento ANI			Puntaje final	Verificación OCI
		SI	NO	PARCIAL		
		2	0	1		
	Metodología y aplicación para la valoración del riesgo: Confrontación de los resultados del análisis de riesgo inicial (RIESGO INHERENTE) frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (RIESGO RESIDUAL).	2			2	En el capítulo 9.4 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad establece los lineamientos correspondientes a la valoración del riesgo.
	Identificación de acciones relacionadas con el riesgo residual.	2			2	En el capítulo 9.5 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad establece los lineamientos correspondientes a la priorización de los riesgos y construcción de planes y acciones.
	Registro de las acciones adelantadas para tratar el riesgo residual.	2			2	En el capítulo 9.5 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad establece los lineamientos correspondientes a la priorización de los riesgos y construcción de planes y acciones.
Guía Administración de riesgos – DAFP versión 3 – Administración de los riesgos.	Incluir la periodicidad para el monitoreo y revisión de los riesgos por parte del responsable del proceso.	2			2	En el capítulo 12 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad establece los lineamientos correspondientes al proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación a los planes de acción.
	Para los riesgos de gestión ubicados en las diferentes zonas de riesgo residual, se tomaran en cuenta las fechas establecidas en la política de riesgos institucionales. Las frecuencias de medición definidas no deben superar los tres meses, de forma que permitan que el seguimiento realizado sea base para la toma de decisiones, y que se logren introducir correctivos en el momento adecuado.	2			2	En el capítulo 12 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad establece los lineamientos correspondientes al proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación a los planes de acción.

Documento	Descripción	Cumplimiento ANI			Puntaje final	Verificación OCI
		SI	NO	PARCIAL		
		2	0	1		
	Periodicidad para el monitoreo y revisión de los riesgos por parte de la Oficina de Control Interno.	2			2	En el capítulo 12 del Manual – SEPG-M-004 Versión 1, la Entidad establece los lineamientos correspondientes al proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación a los planes de acción.
	Publicación del mapa de riesgos institucional.	2			2	La publicación del mapa de riesgos de cada proceso se encuentra publicado en la página web de la entidad en el siguiente vínculo: http://www.ani.gov.co/r-institucionales-y-por-procesos Sin embargo, esta directriz no se encuentra estipulada en el manual de la administración del riesgo de la Entidad.
Total correspondiente al cumplimiento normativo – Guía del DAFP -		34	0	0	34	100% CUMPLE

De acuerdo con los criterios evaluados y con la tabla de calificación descrita en el Capítulo 3 del presente informe, el porcentaje del **100% cumple**. Sin embargo, esta auditoría considera como oportunidad de mejora, lo siguiente:

- a) Generar la actualización de Manual de la Administración del Riesgo de la Entidad que se encuentra pendiente desde el año pasado.
- b) Divulgar y socializar los ajustes del Manual de la Administración del Riesgo de la Entidad.
- c) Determinar en la nueva versión del Manual de la Administración del Riesgo de la Entidad, la periodicidad de la publicación del mapa de riesgos en la página web de la ANI.

6.2 CONTROLES ASOCIADOS A LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

De acuerdo con la información obtenida del mapa de riesgos institucional que se encuentra publicado en la página web de la entidad (<https://www.ani.gov.co/r-institucionales-y-por-procesos>), y aplicando la metodología descrita en el capítulo 3, a continuación se relacionan los siguientes resultados:

Proceso: Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte
Riesgo: Limitaciones en el seguimiento al desarrollo de los contratos de concesión.

Controles asociados al riesgo: Se evidenciaron tres controles asociados a este riesgo. Para revisar la adecuada valoración del control, se aplicó el mismo cuestionario descrito en el manual para la administración de riesgos institucionales y se generaron las siguientes conclusiones:

a) **Procedimiento supervisión a contratos de concesión, incluye formatos:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Sin embargo, la Oficina de Control Interno realiza las siguientes recomendaciones para fortalecerlo:

- ✓ Se recomienda generar la actualización del Manual de interventoría y supervisión, porque no están contempladas las actividades o funciones que debe llevar a cabo el equipo de apoyo a la supervisión, generando vacíos ya que no están contemplados todos los modos y el enfoque es solo para los modos carretero y aeroportuario.
- ✓ Se recomienda generar mejoras en los contratos de concesión en temas asociados a la gestión predial, ambiental, social, entre otros y revisar los controles asociados y su aplicación con la participación del proceso de Estructuración de proyectos de infraestructura de transporte. La Oficina de Control Interno, ha identificado oportunidades de mejora en estos aspectos a través de los informes de auditorías técnicas que se realizan a los proyectos. Esta información se puede consultar en el siguiente vínculo: <https://www.ani.gov.co/planes-de-evaluacion-independiente-pei-2018>.
- ✓ De acuerdo con este control, se evidenció que se cuenta con este procedimiento para los modos carretero, férreo y aeroportuario. Este riesgo está contemplado en todos los modos sin embargo este control no está previsto para el modo puertos.

b) **Informes de interventoría y supervisión:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Sin embargo, la Oficina de Control Interno considera que para mejorar la efectividad de este control, se recomienda que estos informes sean ejecutivos y puntuales con el fin de contribuir a la toma de decisiones de la alta dirección.

c) **Reuniones de seguimiento (Planes de regularización):** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Durante el ejercicio realizado se observó que la calificación otorgada a este ítem es de 15 puntos. Al realizar nuevamente la valoración del control, no se evidenciaron manuales, instructivos o procedimientos relacionados con este control. Por lo anterior, se recomienda revisar el puntaje asociado a los documentos existentes para el manejo de este control.

De lo anterior, se puede concluir que los controles asociados al riesgo "Limitaciones en el seguimiento al desarrollo de los contratos de concesión", son adecuados. Se recomienda generar un control asociado a las visitas de campo que debe realizar el supervisor del proyecto, por lo menos una vez al mes, con el fin de revisar la ejecución de la obra. Estas visitas no deben ser reuniones sino visitas al proyecto.

Proceso: Estructuración de proyectos de infraestructura de transporte.

Riesgo: Estructuración técnica, legal y financiera inadecuada o insuficiente.

Controles asociados al riesgo: Se evidenciaron tres controles asociados a este riesgo. Para revisar la adecuada valoración del control, se aplicó el mismo cuestionario descrito en el manual para la administración de riesgos institucionales y se generaron las siguientes conclusiones:

- a) **Comité de Contratación:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Por lo anterior, se concluye que es un control pertinente y que ayuda a mitigar o reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo.
- b) **Estandarización del contrato APP y de los documentos de invitación a precalificar:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Sin embargo, la Oficina de Control Interno, recomienda se retire este control y se deje como herramienta. Por otro lado, analizar la pertinencia de incluir un control relacionado con las actividades que realiza el equipo interdisciplinario.
- c) **Aprobaciones de riesgos y de condiciones financieras del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, y aplicación de comparendos público-privado por parte del Departamento Nacional de Planeación:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Por lo anterior, se concluye que es un control pertinente y que ayuda a mitigar o reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo.

Proceso: Gestión administrativa y financiera

Riesgo: Presentación y publicación de los estados financieros posterior a las fechas establecidas.

Controles asociados al riesgo: Se evidenciaron dos controles asociados a este riesgo. Para revisar la adecuada valoración del control, se aplicó el mismo cuestionario descrito en el manual para la administración de riesgos institucionales y se generaron las siguientes conclusiones:

- a) **Revisar que la información financiera y las notas a los estados financieros cumplan con los requisitos exigidos por la Contaduría General de la Nación y las políticas contables establecidas por la entidad antes de ser firmados por el Representante Legal y el Contador Público de la entidad:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Por lo anterior, se concluye que es pertinente este control para el riesgo señalado.
- b) **Verificar y cumplir el cronograma establecido por el ente rector y la entidad para la presentación de la información financiera:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Sin embargo, la Oficina de Control Interno estima que este control se encuentran inmerso en el control anterior. Se recomienda formalizar el control relacionado con las reuniones de seguimiento que realiza el equipo contable, asociadas al cumplimiento del cronograma establecido por la Contaduría General de la Nación.

De acuerdo con lo anterior, se concluye que el segundo control se encuentra inmerso en el primero. Sin embargo son adecuados para mitigar el riesgo. Se recomienda generar un nuevo control, que tenga en cuenta la gestión del equipo de contabilidad.

Proceso: Transparencia, Participación, servicio al ciudadano y comunicación

Riesgo: Información suministrada a medios sin las validaciones necesarias

Controles asociados al riesgo: Se evidenciaron tres controles asociados a este riesgo. Para revisar la adecuada valoración del control, se aplicó el mismo cuestionario descrito en el manual para la administración de riesgos institucionales y se generaron las siguientes conclusiones:

- a) **Participar en el comité de Presidencia para conocer la Agenda de la Entidad:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Sin embargo, la Oficina de Control Interno estima que este control por sí solo no es aplicable para este riesgo y no contribuye de manera directa a mitigarlo o reducir su probabilidad de ocurrencia.
- b) **Acompañar a medios en las entrevistas con el Presidente de la ANI:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Sin embargo, la Oficina de Control Interno estima que se debe fortalecer este control a través de las herramientas que se emplean para ejercer el control, por ejemplo, una herramienta que puede ayudar a ejercer este control, se encuentra asociada al conocimiento de la agenda de la Entidad; sobre este en particular vale la pena aclarar que se encuentra definida como un control, pero no lo es, de acuerdo con la conclusión incluida en el literal a).
- c) **Convocar a medios de comunicación en las instalaciones de la Agencia, para difundir y socializar la información de la Agencia:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. La Oficina de Control Interno, encuentra que este control es pertinente y se encuentra relacionado con el riesgo identificado.

De lo anterior, se puede concluir que el primer control valorado, no contribuye de manera directa a la mitigación del riesgo señalado; en el segundo control valorado, se recomienda fortalecer las herramientas que permiten aplicar el control; y en el tercer control valorado, se evidenció que hay relación con el riesgo y ayuda a su mitigación. Se recomienda tener en cuenta la política externa de comunicaciones y su aplicación en la Entidad, con el fin de formular un control adicional.

En lo que corresponde a la matriz de riesgos que se encuentra publicada en la página web, se recomienda revisar la valoración de los controles, debido a que su puntuación corresponde a 100 y de acuerdo con el ejercicio realizado por la Oficina de Control Interno, su puntuación es de 85.

Proceso: Sistema estratégico de planeación y gestión

Riesgo: La entidad no cuenta con las políticas necesarias para el desarrollo de la gestión

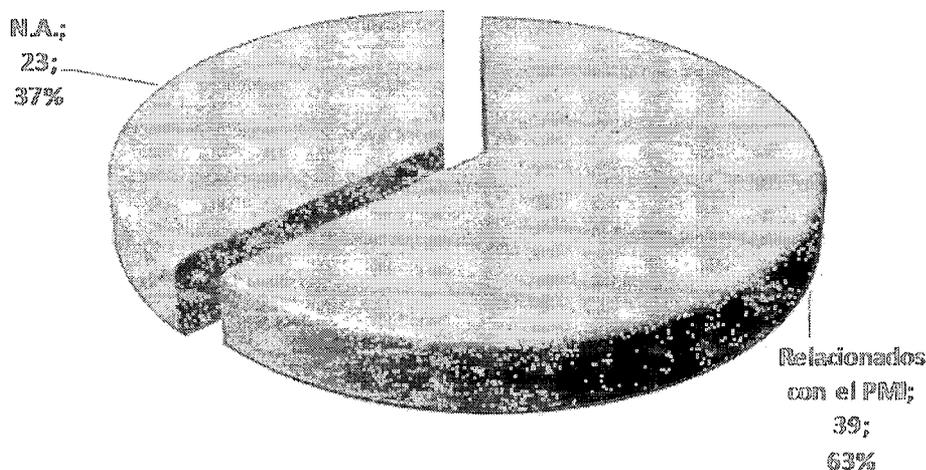
Controles asociados al riesgo: Se evidenciaron tres controles asociados a este riesgo. Para revisar la adecuada valoración del control, se aplicó el mismo cuestionario descrito en el manual para la administración de riesgos institucionales y se generaron las siguientes conclusiones:

- a) **Metodología de valoración de riesgos:** De acuerdo con el ejercicio realizado, la evaluación del control arrojó que es un **control robusto**. Por lo anterior, se concluye que es un control pertinente y que ayuda a mitigar o reducir la probabilidad de ocurrencia del riesgo. Sin embargo, la Oficina de Control Interno, observó en el caso de la efectividad de la herramienta, la necesidad de tener los documentos asociados a la metodología del riesgo, actualizados.
- b) **Procedimiento de identificación, revisión y reconocimiento de deudas e identificación de necesidades:** La Oficina de Control Interno recomienda revisar la pertinencia de este control, porque no se evidencia la relación entre el control y el riesgo identificado.
- c) **Procedimiento de anteproyecto de presupuesto:** La Oficina de Control Interno recomienda revisar la pertinencia de este control, porque no se evidencia la relación entre el control y el riesgo identificado.

En lo que corresponde a la matriz de riesgos que se encuentra publicada en la página web, se recomienda revisar la valoración de los controles, debido a que la puntuación generada a la efectividad de la herramienta se encuentra incorrecta en dos de los controles.

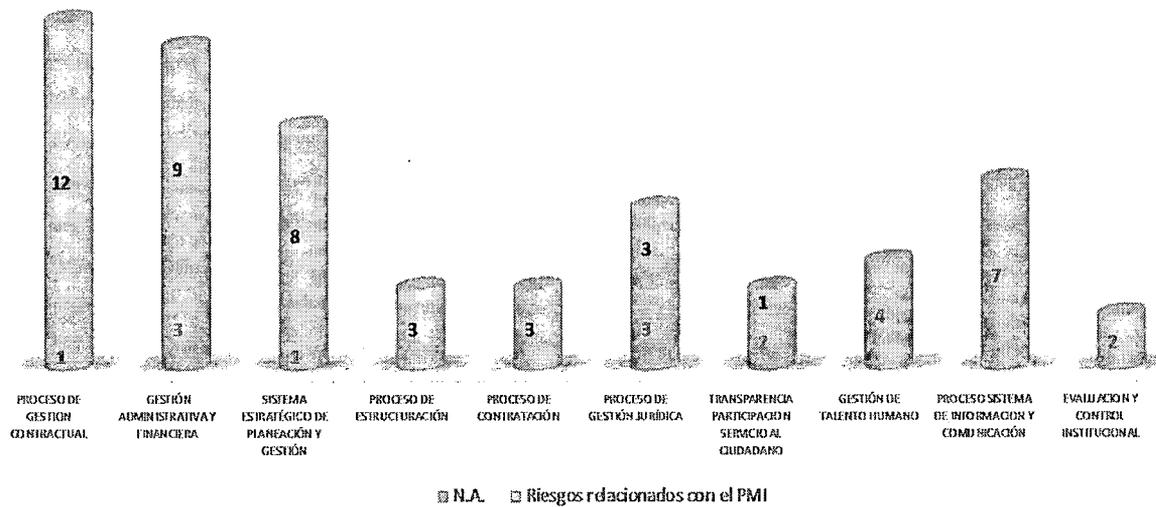
6.3 IDENTIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SUFICIENCIA DE LOS RIESGOS Y CONTROLES ESTABLECIDOS EN LOS MAPAS DE RIESGOS

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



GRÁFICA No. 1

En la gráfica No. 1 de acuerdo al análisis realizado, se puede cuantificar que de un universo de 62 riesgos institucionales vigentes en la Agencia Nacional de Infraestructura, se asocian los conceptos claves a un total de 39 riesgos equivalentes al 63%; los 23 riesgos restantes por sus características no se pudieron asociar a ningún concepto clave del Plan de Mejoramiento Institucional, corresponden al 37%.

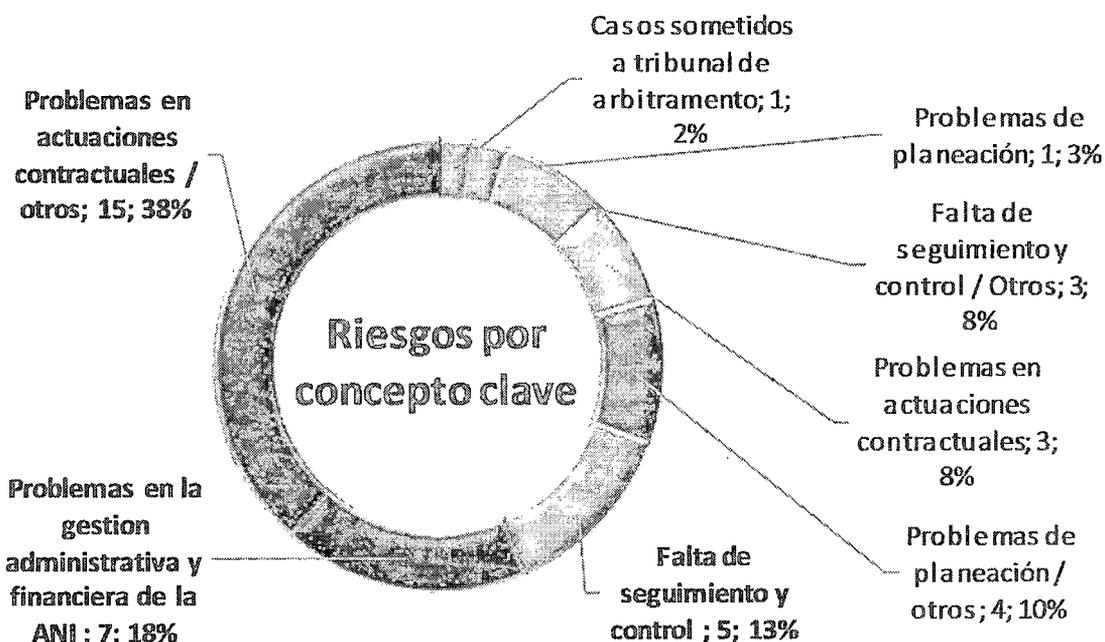


GRÁFICA No. 2

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

- Los procesos cuyos riesgos se asocian en un 100% a los conceptos claves del PMI son: Proceso de Contratación y Proceso de Estructuración.
- Los procesos cuyos riesgos no se asocian a los conceptos claves del PMI son: Gestión de la Información y Comunicaciones, Proceso de Talento Humano y Proceso de Evaluación y Control Institucional.
- Los procesos con riesgos tanto asociados como no asociados a los conceptos claves del PMI son: Proceso de Gestión Contractual, Gestión Administrativa y Financiera; Sistema Estratégico de Planeación y Gestión; Gestión Jurídica, Proceso de Transparencia Participación y Servicio al Ciudadano.

De acuerdo a lo anterior, la siguiente gráfica presenta el comportamiento de los 39 riesgos asociados a los conceptos claves del PMI:



GRÁFICA No. 3

Concluyéndose lo siguiente:

- ✓ **Los mayores porcentajes** de recurrencia de asociación entre los riesgos y los conceptos claves del PMI se identifican con los denominados (i) Problemas en Actuaciones Contractuales (15 riesgos asociados), (ii) Problemas en la Gestión Administrativa y Financiera de la ANI (7 riesgos asociados) y (iii) Falta de Seguimiento y control (5 riesgos asociados).
- ✓ **Los menores porcentajes** de recurrencia de asociación entre los riesgos y los conceptos claves del PMI se identifican con los denominados (i) Problemas de Planeación y otros (4 riesgos asociados), (ii) Problemas en Actuaciones Contractuales (3 riesgos asociados), (iii) Falta de Seguimiento y Control y Otros (3 riesgos asociados), (iv) Problemas de Planeación (1 riesgo asociado) y (v) Casos Sometidos a Tribunal de Arbitramento (1 riesgo asociado).

Sobre el particular es importante mencionar los conceptos claves que no fueron asociados a los riesgos institucionales analizados, teniendo en cuenta sus causas, acciones y controles: No competencia de la ANI, Pago de Intereses de Mora, Panel de Expertos y Rendimientos Financieros.

7. RECOMENDACIONES

7.1 Se sugiere un ejercicio de análisis cualitativo por parte de los responsables de los procesos, tanto de los controles establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional, como de las acciones de mejoramiento señalados en el Plan de Mejoramiento Institucional, con las siguientes finalidades:

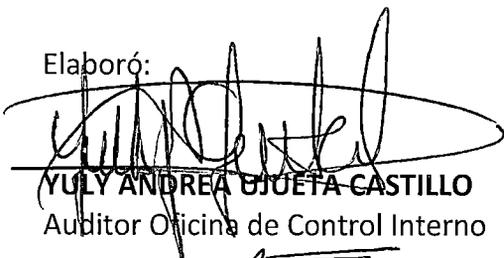
- ✓ Robustecer la capacidad de mitigación de los efectos en caso de materialización de los riesgos de tal manera que conjuren las causas de los hallazgos evidenciados por el Ente de Control.

- ✓ Articular el alcance de las acciones de control y las acciones de mejoramiento con el fin de lograr coherencia e integración, (i) frente a estos dos instrumentos institucionales (PMI-MRI) y (ii) fortalecer la efectividad de las acciones de control.
- ✓ Construir una posición institucional a partir de las lecciones aprendidas, que le permita a la Entidad atender de manera coordinada e integrada los requerimientos de los Entes de Control, así como la superación de las causas de los hallazgos establecidos en las auditorías internas y externas.
- ✓ Generar acciones de carácter preventivo articuladas entre el mapa de riesgos institucional y el plan de mejoramiento institucional que permitan reducir el grado de recurrencia de las causas generadoras tanto de riesgos como de hallazgos.

7.2 Se recomienda evaluar por los líderes de los procesos, los controles establecidos en el mapa de riesgos con base en lo analizado en los conceptos claves señalados con mayor recurrencia de asociación en el PMI. (Problemas de Planeación (31 riesgos asociados) y (ii) Falta de Seguimiento y control (24 riesgos asociados).

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

Elaboró:


YULY ANDREA UJUETA CASTILLO
Auditor Oficina de Control Interno


LUIS MIGUEL SABOGAL CAMARGO
Auditor Oficina de Control Interno


SERGIO PULIDO CAYCEDO
Apoyo Técnico Oficina de Control Interno


ANDREA REYES SAAVEDRA
Auditor Oficina de Control Interno


JUAN DIEGO TORO BAUTISTA
Auditor Oficina de Control Interno

Revisó y aprobó:


GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO
Jefe Oficina de Control Interno

