



Documento firmado digitalmente



Agencia Nacional de  
Infraestructura

Avenida Calle 24A Nro. 59-42 Torre 4 Piso 2.  
PBX: 4848860 - [www.ani.gov.co](http://www.ani.gov.co)  
Nit. 830125996-9. Código Postal ANI 110221.  
Página 1 de 2

Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20221020150723



Fecha: 06-12-2022

## MEMORANDO

Bogotá D.C.

**PARA: WILLIAM FERNANDO CAMARGO TRIANA**  
Presidente

**DIEGO ALEJANDRO MORALES SILVA**  
Vicepresidente de Planeación, Riesgos y Entorno

**JUAN FRANCISCO ARBOLEDA SIERRA**  
Vicepresidente de Gestión Contractual

**LYDA MILENA ESQUIVEL ROA**  
Vicepresidenta Ejecutiva

**FERNANDO AUGUSTO RAMÍREZ LAGUADO**  
Vicepresidente Jurídico

**JONATHAN DAVID BERNAL GONZALEZ**  
Vicepresidente de Estructuración

**GUSTAVO ADOLFO SALAZAR HERRAN**  
Vicepresidente de Gestión Corporativa

**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 noviembre de 2022, realizó la auditoría asociada a la gestión de la administración del riesgo de la Entidad, de acuerdo con la programación de gestión aprobada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para esta vigencia.

Las conclusiones se describen en el capítulo 6 del informe que se anexa a la presente comunicación, en donde se señalan las recomendaciones que se podrían implementar desde la



MINISTERIO DE TRANSPORTE



Documento firmado digitalmente



Agencia Nacional de  
Infraestructura

Avenida Calle 24A Nro. 59-42 Torre 4 Piso 2.  
PBX: 4848860 - [www.ani.gov.co](http://www.ani.gov.co)  
Nit. 830125996-9. Código Postal ANI 110221.  
Página 2 de 2

Para contestar cite:

Radicado ANI No.: 20221020150723



Fecha: 06-12-2022

## MEMORANDO

primera y segunda línea de defensa con el fin de permitir el mejoramiento continuo asociado a la gestión de la administración del riesgo en la Entidad.

Cordialmente,

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

Anexos: Informe de auditoria a la gestion de la administracion del riesgo de la ANI.pdf

cc: 1) DIEGO ALEJANDRO MORALES SILVA (VICE) Vicepresidencia de Planeacion Riesgos y Entorno BOGOTA D.C. -2) JUAN FRANCISCO ARBOLEDA OSORIO (VICE) Vicepresidencia de Gestion Contractual BOGOTA D.C. -3) LYDA MILENA ESQUIVEL ROA (VICE) Vicepresidencia Ejecutiva BOGOTA D.C. -4) FERNANDO AUGUSTO RAMIREZ LAGUADO (VICE) Vicepresidencia Juridica BOGOTA D.C. -5) JONATHAN DAVID BERNAL GONZALEZ - VICE Vicepresidencia de Estructuracion BOGOTA D.C. -6) GUSTAVO ADOLFO SALAZAR HERRAN (VICE) Vicepresidencia de Gestion Corporativa BOGOTA D.C. -7) HECTOR EDUARDO VANEGAS GAMEZ GIT de Planeacion BOGOTA D.C.

Proyectó: Yuly Andrea Ujueta Castillo – Contratista Oficina de Control Interno  
VoBo: GLORIA MARGOTH CABRERA RUBIO (JEFE)  
Nro Rad Padre:  
Nro Borrador: 20221020073797  
GADF-F-010



MINISTERIO DE TRANSPORTE

GLORIA MARGOTH CABRERA RUBI  
2022.12.06 11:48:11  
Firmado Digitalmente  
CN=GLORIA MARGOTH CABRERA RUI  
C=CO  
O=AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTI  
E=gcabrera@ani.gov.co  
Llave Pública  
RSA/2048 bits

---

## INFORME DE AUDITORÍA

---



Auditoría a la administración del riesgo de la Agencia Nacional de  
Infraestructura -ANI

2022

## CONTENIDO

<b>1. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....</b>	<b>3</b>
<b>2. ALCANCE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. MARCO NORMATIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>4. METODOLÓGIA .....</b>	<b>4</b>
<b>5. DESARROLLO DEL INFORME .....</b>	<b>9</b>
<b>5.1 CUMPLIMIENTO DE LAS RESPONSABILIDADES DE LA SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA EN MATERIA DE RIESGOS.....</b>	<b>10</b>
<b>5.2 EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES ASOCIADOS A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS POR LA ENTIDAD. ....</b>	<b>19</b>
<b>5.3 RIESGOS DE LA ENTIDAD ASOCIADOS A HALLAZGOS Y NO CONFORMIDADES.....</b>	<b>21</b>
<b>6. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>28</b>

## 1. OBJETIVO GENERAL

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

### 1.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Verificar el cumplimiento de los roles de la segunda línea de defensa bajo el marco del esquema de líneas de defensa.
- b. Validar la efectividad de los controles diseñados para los riesgos de gestión, cumplimiento y seguridad de la información.
- c. Verificar la suficiencia de los riesgos de gestión, cumplimiento y seguridad de la información identificados por la Entidad.

## 2. ALCANCE

La auditoría a la administración del riesgo de la Entidad contempla el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de octubre de 2022, teniendo en cuenta los aspectos claves de éxito identificados a través del mapa de aseguramiento de la Entidad y lo propio del Plan de Mejoramiento Institucional –PMI y Plan de Mejoramiento por Procesos -PMP.

## 3. MARCO NORMATIVO

Para el desarrollo del presente informe de auditoría, se tuvieron en cuenta los siguientes requisitos normativos y documentos establecidos por la Entidad asociados a la gestión del riesgo:

- 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 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – versión 4 marzo de 2021.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas –Departamento Administrativo de la Función Pública- versión 5 diciembre de 2020.
- Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas – versión 4 julio de 2020.
- Política de administración de riesgos (SEPG-PT-003) – versión 001 del 13 de febrero de 2019.
- ISO 31000 de 2018 – 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. METODOLÓGIA

La metodología empleada por la Oficina de Control Interno fue la usualmente aceptada para la elaboración de este tipo de informes de acuerdo con las normas de auditoría, para lo cual se realizó la planeación y ejecución del trabajo, teniendo en cuenta lo establecido en el Estatuto de Auditoría y Código de Ética del Auditor y el procedimiento de auditorías internas (EVCI-P-002 versión 7 del 10 de febrero de 2022).

Obedeciendo los lineamientos establecidos en la guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP (julio de 2020 versión 4), se desarrolló el ejercicio de auditoría atendiendo las siguientes fases:

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

Para la fase de planeación de esta auditoría se consultaron los mapas riesgos de gestión y cumplimiento, los cuales se encuentran publicados en la página web de la Entidad en los siguientes vínculos: <https://www.ani.gov.co/r-institucionales-y-por-procesos> y <https://www.ani.gov.co/riesgos-y-medidas-anticorrupcion>

Los riesgos de seguridad de la información se consultaron en el plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información ANI 2022; este documento se encuentra publicado en la página web de la Entidad en el vínculo [https://www.ani.gov.co/sites/default/files/20220128\\_ptr\\_si\\_v3.0.3.pdf](https://www.ani.gov.co/sites/default/files/20220128_ptr_si_v3.0.3.pdf).

Teniendo en cuenta que la Entidad dispuso un sitio en SharePoint denominado “Gestión Integral de Riesgos”, disponible para los equipos de riesgos de cada proceso, se analizó la información asociada a los resultados de seguimiento reportados por la primera línea de defensa y los resultados generados a partir de la asesoría que brinda la segunda línea de defensa.

La relación de todos los riesgos identificados por la Entidad permitió analizar los controles diseñados y validar su efectividad a través de los seguimientos reportados por la primera línea de defensa (equipos de riesgos de cada proceso).

Por otro lado, se tuvieron en cuenta los aspectos claves de la segunda línea de defensa para el Sistema de Control Interno – SCI, que se encuentran descritos en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión<sup>1</sup>. Lo anterior, permitió diseñar una encuesta para medir la percepción de la segunda línea de defensa en los equipos de riesgos (primera línea de defensa). Asimismo, se generó una matriz con las responsabilidades asignadas a la segunda línea de defensa a partir de los componentes del MECL, correspondientes a evaluación del riesgo, actividades de control y actividades de monitoreo, los cuales contienen las responsabilidades asociadas a la gestión del riesgo. De este modo, se identificó el nivel de cumplimiento de estas responsabilidades con respecto al nivel del MECL.

Finalmente, se analizaron los riesgos identificados por la Entidad, a través de los conceptos claves “Key concept” del Plan de Mejoramiento Institucional – PMI y el Plan de Mejoramiento por Procesos -PMP, con el fin de determinar la suficiencia de los riesgos de la Entidad en lo correspondiente a la materialización de riesgos o identificación de posibles riesgos para la Entidad. La información asociada al PMI y PMP, se validó con corte a 31 de octubre de 2022.

#### b. Fase de ejecución de la auditoría

**Notificación y apertura de auditoría:** A través de correo electrónico del 1 de noviembre del presente año, se realizó la notificación de la auditoría a los responsables designados, adjuntando el plan de auditoría el cual contenía los objetivos, el alcance y las actividades a realizar durante esta auditoría.

Teniendo en cuenta lo anterior, el 8 de noviembre se realizó la reunión de apertura de la auditoría, a través Microsoft Teams, en donde se socializó el plan de auditoría y se registraron las observaciones y ajustes pertinentes. Como evidencia, quedó el acta de la apertura de esta auditoría, la cual fue comunicada a los auditados, el 8 de noviembre del presente año a través de correo electrónico.

#### Técnicas de auditoría aplicadas

- **Selección de la muestra:** Con el fin de dar cumplimiento al segundo objetivo de esta auditoría, se determinó elegir los riesgos asociados al mapa de aseguramiento de la Entidad, el cual cuenta con 19 riesgos de gestión relacionados con los aspectos claves de éxito y 57 controles relacionados con los riesgos. Dando alcance a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP, para determinar una muestra, se identificaron 57 controles, los cuales representan el tamaño de la población, contemplando un 10% en el error de la muestra y un nivel de confianza del 90%, se genera una muestra de 17 controles para validar su diseño y ejecución. De acuerdo con lo anterior, se determinó a criterio del auditor, validar la ejecución de los controles asociados al

---

<sup>1</sup> Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG versión 4 de marzo de 2021, pág. 118

nivel del riesgo inherente extremo, alto y moderado. A continuación, se relacionan los riesgos de gestión objeto de esta auditoría:

NIVEL DE RIESGO INHERENTE	PROCESO	RIESGO	NÚMERO DE CONTROLES RELACIONADOS
<b>EXTREMO</b>	Sistema Estratégico de Planeación y Gestión	Posibilidad de pérdida de credibilidad de nuestros grupos de interés, por incumplir las metas de los planes formulados y/o por un ineficiente seguimiento realizado a estos, debido a la inadecuada formulación de las metas y/o mal diseño y uso de las herramientas utilizadas en la etapa de seguimiento.	3
	Transparencia, Participación, Servicio al Ciudadano y Comunicación	Posibilidad de afectación en la imagen y buen nombre de la entidad por la omisión de la validación del contenido a publicar, a causa de la no verificación con los responsables, el incumplimiento de los lineamientos de aprobación y/o filtración de la información.	2
	Transparencia, Participación, Servicio al Ciudadano y Comunicación	Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por procesos judiciales fallados en firme en contra de la entidad y sanciones de los entes de control y/o la Fiscalía General de la Nación, debido a la omisión o dilatación de la gestión de la debida diligencia de las denuncias, que recibe la entidad, por parte de los encargados del trámite.	1
	Gestión Jurídica	Posibilidad de pérdida económica y reputacional, por atender de manera inadecuada las acciones judiciales, arbitrales y extrajudiciales en contra de la Entidad, debido a la desatención de términos procesales u omisión de información relevante a favor de la posición de la Agencia	2
<b>ALTO</b>	Gestión Administrativa y Financiera	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por pérdida o daño de la información (física o digital) de la Agencia, debido a la falta de mantenimiento de la infraestructura física y electrónica, poca capacidad tecnológica o por incumplimiento de los lineamientos legales vigentes.	3
	Gestión contractual y seguimiento de proyectos de infraestructura de transporte	Pérdida de credibilidad de los grupos de interés por inadecuada gestión y malas prácticas por parte de la Entidad, debido a la emisión de conceptos erróneos, deficiencia en el relacionamiento con las comunidades y entidades, e inadecuado seguimiento a las afectaciones generadas en el marco de la ejecución del proyecto.	3

NIVEL DE RIESGO INHERENTE	PROCESO	RIESGO	NÚMERO DE CONTROLES RELACIONADOS
<b>MODERADO</b>	Gestión del Talento Humano	Posible pérdida de la reputación de la entidad, por la no realización de las actividades de bienestar programadas que ayudan al mejoramiento del clima laboral y la calidad de vida de los servidores públicos, debido a la falta de identificación de las necesidades y ejecución de las actividades del Plan de Bienestar y Estímulos.	3

En cuanto a los riesgos de cumplimiento (corrupción y soborno), se eligieron los riesgos con nivel de riesgo inherente extremo. En este sentido, de los 11 riesgos de cumplimiento identificados por la Entidad, 7 corresponden a nivel de riesgo inherente extremo. Es decir que, para la validación del diseño y ejecución de los controles, se tendrán en cuenta 13 controles asociados a los siguientes riesgos de cumplimiento:

NIVEL DE RIESGO INHERENTE	PROCESO	RIESGO	NÚMERO DE CONTROLES RELACIONADOS
<b>EXTREMO</b>	MISIONALES	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para estructurar los proyectos de concesión en todos los modos de transporte a cargo y los servicios conexos relacionados de forma indebida.	3
	MISIONALES	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para adelantar los procesos de selección de contratación pública en todas sus modalidades de forma indebida.	2
	MISIONALES	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para realizar modificaciones contractuales de forma indebida en la etapa de ejecución de los proyectos.	3
	MISIONALES	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para validar la ejecución del contrato de concesión sin el cumplimiento de los requisitos contractuales u omitir la verificación de los requisitos para la liquidación de pagos.	2
	ESTRATÉGICO Y APOYO	Posibilidad de que por acción u omisión se ejerza indebidamente el poder para desviar la gestión pública hacia un beneficio privado o, recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para ocultar la información considerada	1

NIVEL DE RIESGO INHERENTE	PROCESO	RIESGO	NÚMERO DE CONTROLES RELACIONADOS
		pública a la ciudadanía, o revelar aquella clasificada o reservada.	
	ESTRATÉGICO Y APOYO	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para manipular o destruir información digital con fines ilícitos.	1
	ESTRATÉGICO Y APOYO	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros para realizar la gestión administrativa y financiera de la Agencia de forma indebida.	1

- **Aplicación de herramientas de auditoría:** Con el fin de evaluar las responsabilidades de la segunda línea de defensa, designadas a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, a partir de la séptima dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se generó una lista de chequeo con dichas responsabilidades para determinar su nivel de cumplimiento. Adicional a lo anterior, se verificó el nivel de implementación del MECI con respecto al cumplimiento de las responsabilidades de la segunda línea de defensa. De acuerdo con lo anterior, se establece bajo el criterio del auditor, la siguiente escala de puntaje:

CUMPLIMIENTO DE CRITERIO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO
SI	100%
NO	0%
PARCIAL	50%

Por otro lado, se generó una encuesta para determinar la percepción de los equipos de riesgos (primera línea de defensa) con respecto al cumplimiento de las responsabilidades de la segunda línea de defensa en materia de seguimiento, monitoreo y asesoría.

Los resultados de estas dos herramientas generadas para esta auditoría dan cuenta del cumplimiento del primer objetivo específico de esta auditoría.

- **Entrevista con los auditados:** A través de Microsoft Teams, el 25 de noviembre del presente año, se realizó la entrevista de auditoría con el fin de informar situaciones preliminares encontradas en el análisis de la información consultada, aclarar inquietudes que surgieron a partir del análisis de la información disponible y resultados preliminares de la auditoría.

**Generación de conclusiones:** Teniendo en cuenta los resultados de las actividades realizadas durante las fases de planeación y ejecución de la auditoría, se generaron las siguientes herramientas que facilitaron el análisis y las conclusiones de esta auditoría:

- Base de datos de los riesgos de gestión, cumplimiento y seguridad de la información.
- Relación de las responsabilidades de la segunda línea de defensa, teniendo en cuenta el anexo 7. Criterios diferenciales - Política de Control Interno del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.
- Cuadro de criterios para evaluar el diseño de los controles, como lo describe el anexo 7 y evaluación de la ejecución de controles, de acuerdo con las evidencias suministradas.
- El análisis de los conceptos claves o “Key Concepts” del Plan de Mejoramiento Institucional y Plan de Mejoramiento por Procesos, determinaron la suficiencia de los riesgos y su nivel de relacionamiento con las causas de los riesgos.
- Recomendaciones generadas a partir de auditorías anteriores que aportaron al desarrollo y análisis de este informe de auditoría.

c. **Fase de elaboración del informe:** De acuerdo con los lineamientos establecidos en la guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, este informe de auditoría cuenta con el desarrollo de los ejercicios de análisis, las conclusiones, recomendaciones y observaciones generadas a partir del ejercicio de auditoría.

En cumplimiento del Estatuto de Auditoría y Código de Ética del Auditor, este informe se socializó a través de correo electrónico entre el 29 de noviembre de 2022 y el 1 de diciembre de 2022.

Cabe resaltar, que antes de enviar el informe de auditoría a los responsables, la jefatura de la Oficina de Control Interno realiza una revisión preliminar y final del informe, con el fin de evitar imprecisiones o información que requiera claridad sobre las conclusiones del auditor.

El informe de auditoría es finalmente comunicado a la alta dirección y a los responsables con el fin de generar las acciones pertinentes que se requieran para la atención de las conclusiones de la auditoría.

Entre el capítulo 5 y 6 de este informe, se encuentra el desarrollo de los ejercicios de análisis y los resultados que se generaron, producto del ejercicio de la auditoría.

## 5. DESARROLLO DEL INFORME

Esta auditoría se fundamenta en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual se define en el Decreto 1499 de 2017, como *“un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que*

atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio”<sup>2</sup>.

Asimismo, se tiene en cuenta uno de los objetivos del MIPG relacionado con “desarrollar una cultura organizacional fundamentada **en la información, el control y la evaluación**, para la toma de decisiones y la mejora continua.”<sup>3</sup>

De acuerdo con lo anterior, el MIPG se debe articular con el Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993, el cual se considera como transversal a la gestión y al desempeño de las entidades, a través de los **mecanismos de control y verificación** que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

En este sentido, la séptima dimensión del MIPG asociada al control interno, se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno -MECI, contemplando dos elementos fundamentales: esquema de responsabilidades integrada por cuatro líneas de defensa y estructura de control compuesta por cinco componentes.

Teniendo en cuenta lo anterior, el desarrollo de esta auditoría se encuentra bajo el marco del cumplimiento de las responsabilidades asignadas a la segunda línea de defensa en materia de riesgos, a partir de los componentes asociados a la evaluación del riesgo, actividades de control y actividades de monitoreo. De igual manera, para la validación del diseño y ejecución de controles, se tuvieron en cuenta los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP<sup>4</sup> y el Manual Operativo del Modelo integrado de Planeación y Gestión. De esta manera, la ejecución de esta auditoría se despliega a través de los siguientes capítulos:

### 5.1 Cumplimiento de las responsabilidades de la segunda línea de defensa en materia de riesgos.

De acuerdo con el anexo 7 – criterios diferenciales, política de Control Interno del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se asignan unas responsabilidades a través del esquema de líneas de defensa desde los componentes del Modelo Estándar de Control Interno -MECI, con el fin de identificar el nivel de cumplimiento de este modelo. Teniendo en cuenta lo anterior, se determinó el nivel de cumplimiento de las responsabilidades asociadas a la gestión del riesgo desde la segunda línea de defensa, a través del número de responsabilidades establecidas en cada nivel del MECI. En este sentido, se identificó lo siguiente:

NIVEL DEL MECI	COMPONENTE	NÚMERO DE RESPONSABILIDADES ASIGNADAS	TOTAL DE RESPONSABILIDADES POR NIVEL
BÁSICO	EVALUACIÓN DEL RIESGO	2	5

<sup>2</sup> Artículo 2.2.22.3.2 del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 - definición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG

<sup>3</sup> Artículo 2.2.22.3.3 del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 – objetivo 3 del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG

<sup>4</sup> Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - diciembre de 2020

NIVEL DEL MECI	COMPONENTE	NÚMERO DE RESPONSABILIDADES ASIGNADAS	TOTAL DE RESPONSABILIDADES POR NIVEL
	ACTIVIDADES DE CONTROL	2	
	ACTIVIDADES DE MONITOREO	1	
INTERMEDIO	EVALUACIÓN DEL RIESGO	7	23
	ACTIVIDADES DE CONTROL	9	
	ACTIVIDADES DE MONITOREO	7	
AVANZADO	EVALUACIÓN DEL RIESGO	11	30
	ACTIVIDADES DE CONTROL	12	
	ACTIVIDADES DE MONITOREO	7	

Fuente: Auditor – papeles de trabajo análisis – responsabilidades de segunda línea de defensa

Obedeciendo a los criterios establecidos como responsabilidades para la segunda línea de defensa y teniendo en cuenta la evidencia suministrada por parte de la segunda línea de defensa de la Entidad, relacionada con la administración del riesgo, se obtuvieron los siguientes resultados:

NIVEL DEL MECI	COMPONENTE	NÚMERO DE RESPONSABILIDADES ASIGNADAS	TOTAL DE RESPONSABILIDADES POR NIVEL	NIVEL DE CUMPLIMIENTO 2° LÍNEA DE DEFENSA
BÁSICO	EVALUACIÓN DEL RIESGO	2	5	90%
	ACTIVIDADES DE CONTROL	2		
	ACTIVIDADES DE MONITOREO	1		
INTERMEDIO	EVALUACIÓN DEL RIESGO	7	22	64%
	ACTIVIDADES DE CONTROL	9		
	ACTIVIDADES DE MONITOREO	7		
AVANZADO	EVALUACIÓN DEL RIESGO	11	30	60%
	ACTIVIDADES DE CONTROL	12		
	ACTIVIDADES DE MONITOREO	7		

Fuente: Auditor – papeles de trabajo análisis – calificaciones

De acuerdo con los resultados anteriores, se destacan las siguientes responsabilidades de la segunda línea de defensa que cumplen de manera satisfactoria:

- El diseño de la metodología para identificar los riesgos, adoptada por la Entidad, obedece los lineamientos establecidos por la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas generada por el DAFP. (Versión 5 - diciembre de 2020).

Con el fin de realizar una adecuada identificación de riesgos, se aplica la metodología asociada al árbol de problemas, el cual permite identificar el problema, las causas asociadas y los efectos. En este sentido, se identifican la causa raíz y causa inmediata y se redacta el riesgo, siguiendo los lineamientos del DAFP. Asimismo, la caracterización del proceso es fundamental para la

identificación de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos de cada uno de los procesos determinados por la Entidad.

Lo anterior se puede consultar a través del sitio Share Point, generado por la Entidad para consulta de los equipos de riesgos de cada proceso.

- b. La segunda línea de defensa documenta a través de actas, las mesas de trabajo realizadas con cada uno de los procesos, en donde se valida la ejecución de los controles, los planes de acción adelantados y el análisis para determinar si un riesgo se materializó.

Es importante precisar, que desde la segunda línea de defensa a partir del procedimiento asociado a la construcción del mapa, seguimiento y monitoreo de los riesgos de gestión y cumplimiento (SEPG-P-011), se definen las actividades que deben realizar los procesos en caso de identificar un riesgo materializado.

- c. Se han implementado acciones de mejora por parte de la primera línea de defensa. En los reportes de seguimiento documentados por la segunda línea de defensa, a través de actas, se evidencian las validaciones de los riesgos materializados. Las acciones de mejora propuestas o acciones para mitigar el riesgo, hacen parte de los planes operativos de cada proceso, con el fin de reportar sus avances a la segunda línea de defensa y generar un control de validación.
- d. Se evidenció en los mapas de riesgos de gestión una relación del 100% con los objetivos estratégicos de la Entidad, establecidos en el plan de acción para la vigencia 2022.
- e. Con respecto a la verificación que realiza la segunda línea de defensa, asociada a la identificación y valoración del riesgo de la primera línea de defensa, se evidenció que los riesgos, obedecen a la política de la administración del riesgo de la Entidad - SEPG-PT-003. A través del mapa de riesgos, se evidenció la aplicación de los lineamientos establecidos por el DAFP.

La identificación y valoración de los riesgos obedecen al cumplimiento de la política de riesgos de la Entidad. Adicional a lo anterior, la identificación de los riesgos de cada proceso o de gestión se encuentran asociados a las caracterizaciones de los procesos, las cuales obedecen a un objetivo, relacionado con la planeación estratégica de la Entidad.

- f. La segunda línea de defensa hace seguimiento a los mapas de riesgo y verifica su actualización de acuerdo con los cambios establecidos en la política de riesgos institucional. Lo anterior se evidencia en los ajustes realizados a los mapas de riesgos y las herramientas implementadas para aplicar debidamente la política de riesgos de la Entidad. Se destaca la documentación del procedimiento asociado a la construcción de mapas, seguimiento y monitoreo de los riesgos de gestión y cumplimiento (SEPG-P-021 versión 002 del 21 de noviembre de 2022) y los instructivos correspondientes a la aplicación de la metodología para la administración de riesgos de cumplimiento y de gestión. (SEPG-I-014 versión 001 del 21 de octubre de 2022 y SEPG-I-015 versión 001 del 8 de septiembre de 2022).
- g. La segunda línea de defensa, a través de mesas de trabajo con los equipos de riesgos, supervisa y controla la aplicación de la política, lineamientos y metodología adoptados por la Entidad, para administrar los riesgos identificados.

- h. Se ha generado en la Entidad, una cultura de riesgos. La segunda línea de defensa ha implementado mecanismos que han logrado comprender la gestión del riesgo en la Entidad. Los mecanismos implementados que apoyan la generación de esta cultura son: sitio SharePoint con la información de la gestión del riesgo para cada proceso, curso virtual de riesgos en la plataforma UNIANI, mesas de trabajo para validar aplicación de la política de administración de riesgos, equipos de riesgos en cada proceso, documentación del procedimiento asociado a la construcción del mapa de riesgos e instructivos para aplicar la metodología para administrar los riesgos de gestión y cumplimiento.
- i. La segunda línea de defensa realiza el seguimiento a través de las mesas de trabajo con los equipos de riesgos, a las acciones de mejora identificadas a partir de los indicadores, acciones de mitigación y resultados de las auditorías internas.

Por otro lado, se tomó como referente las diferentes responsabilidades asignadas en la clasificación del MECI por niveles y se identificaron las siguientes oportunidades de mejora, que permitirán avanzar en los niveles del MECI, en cuanto a las responsabilidades asignadas a la segunda línea de defensa en materia de riesgos:

**Nivel básico:** Se identificó una oportunidad de mejora relacionada con la verificación de la debida identificación de los riesgos de fraude y corrupción. Si bien se han realizado mesas de trabajo con los equipos de riesgos (primera línea de defensa), correspondientes a los seguimientos de los riesgos de cumplimiento, no se encontraron evidencias asociadas al ejercicio que se realizó desde la segunda línea de defensa, para abordar la transición de los ajustes a la metodología asociada a los riesgos de cumplimiento, los criterios que se usaron para unir los riesgos de corrupción con los de soborno y la forma como se transmitió esta información a los equipos de riesgos. Actualmente, la Entidad se encuentra realizando ajustes a la metodología para administrar los riesgos de cumplimiento.

Por otro lado, se observó en los mapas de riesgos de cumplimiento que, los riesgos de corrupción y soborno no se identificaron desde el análisis del contexto interno y externo. Se recomienda retomar este análisis, en la identificación de estos riesgos y tratar de complementarlo con la información que se encuentra aplicada en la metodología actual, teniendo en cuenta los cambios que se han generado los últimos tres años. Del mismo modo, implementar acciones para comunicarle a toda la Entidad estos cambios asociados a los riesgos de cumplimiento (corrupción y soborno). Es importante precisar, que la segunda línea de defensa desde noviembre ha generado mesas de trabajo con los procesos para socializarle los ajustes a la metodología y su aplicación.

**Nivel intermedio:** De las 22 responsabilidades asignadas para la segunda línea de defensa en este nivel, se identificó que 11 se cumplen, 6 se cumplen de manera parcial y 5 no se cumplen. De acuerdo con lo anterior, se señalan las siguientes oportunidades de mejora para avanzar en este nivel:

- a. Frente a la generación de recomendaciones a las instancias correspondientes (primera línea y línea estratégica), en lo asociado a la identificación y valoración del riesgo, se evidenció un cumplimiento parcial. En las actas de seguimiento generadas a partir de las mesas de trabajo entre la segunda línea de defensa y primera línea de defensa, se realizaron recomendaciones relacionadas con los controles, indicadores, planes de acción y acciones de mitigación. Por otro lado, se evidenció en el acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, realizado el pasado 5 de octubre

de 2022, la presentación de información asociada a los riesgos de gestión y cumplimiento. Sin embargo, en esta presentación no se realizaron o presentaron recomendaciones a la línea estratégica.

- b. En su rol de identificar los cambios significativos que se presenten en el entorno de la Entidad y que afecten la efectividad del Sistema de Control Interno, no se evidenciaron en el periodo evaluado, temas relevantes identificados por la segunda línea de defensa que impacten la gestión del riesgo. Sin embargo, para la identificación de estos cambios se recomienda que se tengan en cuenta temas asociados a Gobierno Corporativo – Decreto 746 de 2022, buenas prácticas adoptas a partir de la Pandemia - por ejemplo: trabajo en casa, impacto en el trabajo que realizan los supervisores de los proyectos en lo referente a la pandemia, cambios institucionales a partir del nuevo gobierno, concurso - planta de carrera - afectación clima laboral y análisis sobre el contexto la Entidad - actualizarlo, entre otros.
- c. En cuanto a la verificación de la pertinencia del diseño de controles establecido por la primera línea de defensa frente a los riesgos identificados, se evidenció en actas de mesas de trabajo, el seguimiento a la ejecución de los controles, sin embargo, en el análisis realizado en esta auditoría, en el segundo capítulo de este informe, se evidenció que, el diseño de los controles tiene debilidades en los criterios correspondientes a su propósito, desviaciones y forma de ejecutar el control. Por esta razón el cumplimiento de esta responsabilidad presenta un cumplimiento parcial.

Es pertinente señalar, que la segunda línea de defensa si valida la ejecución de los controles y genera recomendaciones para fortalecerlos, sin embargo, como lo es el caso de los riesgos de cumplimiento, no se han realizado los ajustes a los controles recomendados por la tercera línea de defensa a través del seguimiento realizado al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y Mapas de riesgos de corrupción.

Se recomienda, retroalimentar a la primera línea de defensa en la debida formulación y diseño de controles, señalando las debilidades identificadas en el análisis de controles.

- d. Como resultado de la evaluación de la gestión del Riesgo, la segunda línea de defensa comunica las deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda. Frente a esta responsabilidad, si bien se presentó información al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno el 5 de octubre de esta vigencia, no se informaron dificultades o identificación de riesgos emergentes debido a los cambios que se han presentado en la Entidad. En este sentido, el cumplimiento de esta responsabilidad es parcial.

Se recomienda implementar acciones asociadas a monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente, verificar el desarrollo y mantenimiento de controles de TI por parte del Oficial de Seguridad de la Información, evaluar la gestión del riesgo de la entidad con énfasis en el cumplimiento legal y regulatorio, el logro de los objetivos estratégicos o institucionales y la confiabilidad de la información financiera y no financiera.

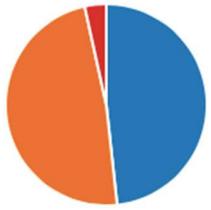
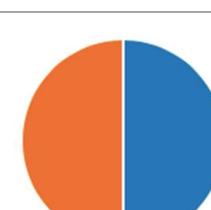
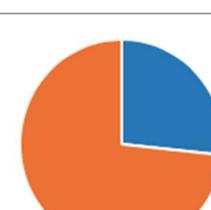
Asimismo, se recomienda generar análisis asociados a incumplimientos normativos, incumplimiento de metas de la Entidad, confiabilidad de la información entre otros, con el fin de determinar el grado de relación y afectación de los riesgos identificados por la Entidad. Informar a la alta dirección sobre este análisis y recomendar las acciones pertinentes para ajustar controles, indicadores, acciones de mitigación o generar planes de acción.

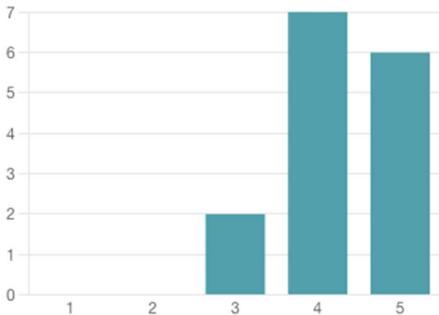
**Nivel avanzado:** De las 30 responsabilidades asignadas para la segunda línea de defensa en este nivel, se identificó que 15 se cumplen, 6 se cumplen de manera parcial y 9 no se cumplen. Es pertinente señalar que las anteriores oportunidades de mejora identificadas en los niveles básico y avanzado hacen parte del cumplimiento de responsabilidades de este nivel. A continuación se relacionan las oportunidades de mejora adicionales que aplican a este nivel:

- a. Revisar el marco general de la gestión del riesgo integral. Se recomienda generar análisis asociados a la planeación estratégica, clima laboral, investigaciones disciplinarias, resultados de indicadores de gestión, nuevos lineamientos establecidos por la alta dirección, entre otros, con el fin de identificar su impacto en los riesgos y su afectación en la imagen de la Entidad.
- b. Generar reportes periódicamente al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno acerca del cumplimiento de las metas y los objetivos en relación con la gestión integral del riesgo.
- c. Evaluar y proponer estrategias de Gestión de Riesgos al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- d. Revisar las exposiciones al riesgo con los grupos de valor, proveedores, sectores económicos, áreas geográficas y tipos de riesgo (monitoreo del contexto estratégico).
- e. Aplicar pruebas de efectividad de los controles asociados a los diferentes tipos de riesgo.
- f. Evaluar y proponer modificaciones frente al diseño y desarrollo de la política para la Gestión de Riesgos, con el fin de mantenerla actualizada. Si bien contamos con la política de administración del riesgo en su primera versión desde el 2019, se recomienda analizar la política de la administración del riesgo, teniendo en cuenta los cambios que se han generado a partir de la pandemia o situaciones externas que puedan afectar el funcionamiento de la Entidad y sus procesos.

Como herramienta adicional, para evaluar la gestión de la segunda línea de defensa, se aplicó una encuesta a los equipos de riesgos (primera línea de defensa), con el fin de validar el cumplimiento de las responsabilidades en materia de riesgos e identificar oportunidades de mejora para esta gestión en la Entidad. Esta encuesta se envió a 18 funcionarios de los cuales contestaron la encuesta 15 de ellos. Es decir que, el 83% de los miembros de los equipos de riesgos manifestaron su percepción sobre el cumplimiento de las responsabilidades de la segunda línea de defensa en lo correspondiente a la gestión del riesgo. A continuación, se relacionan los resultados con respecto a las preguntas realizadas:

PREGUNTA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
<p>La segunda línea de defensa ha comunicado y/o socializado la metodología para administrar los riesgos asociados a:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> Gestión 15</li> <li><span style="color: orange;">●</span> Cumplimiento (Corrupción y so... 15</li> <li><span style="color: green;">●</span> Seguridad de la información 2</li> </ul> 
<p>Considera que los lineamientos establecidos por parte de la segunda línea de defensa para administrar los riesgos son:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> Claros 13</li> <li><span style="color: orange;">●</span> Se comprenden con dificultad 2</li> <li><span style="color: green;">●</span> Confusos 0</li> </ul> 
<p>Considera que la segunda línea de defensa, valida la identificación de los riesgos bajo el marco de la política de administración del riesgo de la ANI.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> SI 15</li> <li><span style="color: orange;">●</span> NO 0</li> </ul> 
<p>Nombre algunas de las herramientas que ha consultado para aplicar la metodología asociada a la administración de los riesgos en la ANI</p>	
<p>Considera que las herramientas implementadas por la segunda línea de defensa, para aplicar la metodología asociada a la administración del riesgo en la ANI son adecuadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> SI 14</li> <li><span style="color: orange;">●</span> NO 1</li> </ul> 

PREGUNTA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
Ha participado en mesas de trabajo con la segunda línea de defensa para validar la identificación y valoración de los riesgos asociados a:	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> Gestión 14</li> <li><span style="color: orange;">●</span> Cumplimiento (Corrupción y so... 14</li> <li><span style="color: green;">●</span> Seguridad de la Información 0</li> <li><span style="color: red;">●</span> No he participado en mesas de ... 1</li> </ul> 
Ha participado en mesas de trabajo con la segunda línea de defensa para verificar el diseño de los controles formulados para los riesgos asociados a:	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> Gestión 14</li> <li><span style="color: orange;">●</span> Cumplimiento (corrupción y sob... 15</li> <li><span style="color: green;">●</span> Seguridad de la información 1</li> </ul> 
Ha participado en mesas de trabajo con la segunda línea de defensa para verificar la efectividad de los controles diseñados para los riesgos asociados a:	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> Gestión 14</li> <li><span style="color: orange;">●</span> Cumplimiento (corrupción y sob... 15</li> <li><span style="color: green;">●</span> Seguridad de la información 1</li> </ul> 
Durante la vigencia 2022, ha realizado el seguimiento a los riesgos asociados a:	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> Gestión 14</li> <li><span style="color: orange;">●</span> Cumplimiento (Corrupción y so... 14</li> <li><span style="color: green;">●</span> Seguridad de la Información 0</li> </ul> 
¿Conoce al Oficial de Seguridad de la Información?	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> SI 4</li> <li><span style="color: orange;">●</span> NO 11</li> </ul> 

PREGUNTA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO								
<p>¿Ha recibido recomendaciones por parte de la segunda línea de defensa, a partir de las mesas de trabajo que se realizan con los equipos de riesgos?</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>● SI</p> <p>● NO</p> </div> <table style="margin-right: 20px;"> <tr> <td>SI</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>1</td> </tr> </table>  </div>	SI	14	NO	1				
SI	14								
NO	1								
<p>¿Ha formulado acciones de mejora a partir de los resultados generados en los seguimientos realizados a los riesgos?</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>● SI</p> <p>● NO</p> </div> <table style="margin-right: 20px;"> <tr> <td>SI</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>1</td> </tr> </table>  </div>	SI	14	NO	1				
SI	14								
NO	1								
<p>Considera que la gestión que realiza la segunda línea de defensa con respecto a los seguimientos y monitoreos a los riesgos identificados es:</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>● Excelente</p> <p>● Buena</p> <p>● Regular</p> <p>● Mala</p> </div> <table style="margin-right: 20px;"> <tr> <td>Excelente</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Buena</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Regular</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mala</td> <td>0</td> </tr> </table>  </div>	Excelente	5	Buena	10	Regular	0	Mala	0
Excelente	5								
Buena	10								
Regular	0								
Mala	0								
<p>Califique de 1 a 5 la asesoría que ha recibido de la segunda línea de defensa. (Siendo 5 el mayor puntaje y 1 el menor puntaje).</p>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p style="font-size: 24px; font-weight: bold;">4.27</p> <p>Clasificación promedio</p> </div>  </div>								

PREGUNTA	NIVEL DE CUMPLIMIENTO	
¿Realizó el curso virtual que se encuentra en UNIANI, relacionado con la gestión del riesgo en la Entidad?	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SI</li> <li>● NO</li> </ul>	<p>5</p> <p>10</p>



De acuerdo con la información anterior, se destacan las siguientes fortalezas, de la segunda línea de defensa en materia de riesgos:

- a. La comunicación asociada a la aplicación de la metodología para administrar los riesgos de gestión y cumplimiento.
- b. La debida identificación de los riesgos obedeciendo los lineamientos establecidos en la Política de administración del riesgo de la ANI.
- c. Las herramientas implementadas para asegurar la debida aplicación de la metodología para administrar los riesgos en la ANI.
- d. Las mesas de trabajo asociadas a los seguimientos de los riesgos con los equipos de riesgos de cada proceso.
- e. La asesoría que se brinda a los equipos de riesgos (primera línea de defensa), en la formulación de acciones de mejora o recomendaciones para fortalecer la gestión del riesgo en cada uno de los procesos.

En cuanto a los temas que se deben abordar para fortalecer a los equipos de riesgo (primera línea) y la gestión de la segunda línea de defensa se recomienda lo siguiente:

- a. Generar una estrategia para abordar la metodología asociada a la administración de los riesgos de seguridad de la información e informar a la alta dirección.
- b. Generar comunicaciones amigables con los lineamientos establecidos para administrar los riesgos de la Entidad.
- c. Generar una campaña de comunicación para incentivar la realización del curso virtual de riesgos en la UNIANI.

## 5.2 Efectividad de los controles asociados a los riesgos identificados por la Entidad.

Esta auditoría verificó con los riesgos de gestión y cumplimiento (corrupción y soborno), los criterios asociados al diseño de controles, obedeciendo los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP, en materia de riesgos. En este sentido, se generó una matriz para evaluar el diseño de los 30 controles, bajo los criterios correspondientes a la asignación del

responsable, la periodicidad, el propósito, el cómo se realiza la actividad de control y las observaciones y/o desviaciones. De acuerdo con lo anterior, se relacionan los siguientes resultados:

- a. El 100% de los controles validados, cuenta con un responsable asignado.
- b. El 87% de los controles validado, cuenta con una periodicidad. Es pertinente aclarar que el control debe tener una periodicidad específica para su realización (diario, mensual, trimestral, anual, etc.) y su ejecución debe ser consistente y oportuna para la mitigación del riesgo<sup>5</sup>. Se recomienda validar los casos en los que no se especifica la periodicidad del control y hacer los ajustes pertinentes.
- c. El 47% de los controles son detectivos y el 5% preventivos. El 37% de los controles evaluados no tienen un propósito definido y claro. Se recomienda, validar el propósito de los controles, teniendo en cuenta que esté debe indicar para qué se realiza y que conlleve a prevenir las causas asociadas al riesgo ya que el establecer un procedimiento o contar con una política no garantiza por sí solo, la prevención o detección de la materialización del riesgo o una de sus causas<sup>6</sup>.
- d. El 40% de los controles tiene una fuente confiable cuando se realiza la actividad de control, es decir, es claro en determinar cómo se realiza la actividad de control. Es pertinente señalar que, el control debe indicar el cómo se realiza, de tal forma que se pueda evaluar si la fuente u origen de la información que sirve para ejecutar el control es confiable para la mitigación del riesgo<sup>7</sup>. Se recomienda que tanto la primera como segunda línea de defensa, revisen la redacción de sus controles en este sentido y realicen los ajustes pertinentes.
- e. El 43% de los controles indican en su redacción la observación o desviación como resultado de la ejecución del control. Este criterio, determina el resultado de un control en el momento de su ejecución, es decir, ayuda a observar diferencias o aspectos que no se cumplen en la ejecución del control y de esta manera determinar continuar o no con la aplicación de la actividad hasta que se subsane la situación. Se recomienda validar este criterio en el diseño de los controles y generar los ajustes pertinentes.

Una vez validados los criterios señalados anteriormente, se concluye que los controles tienen debilidades en los criterios relacionados con la periodicidad, el propósito, el cómo se realiza la actividad de control y las desviaciones que se puedan presentar al aplicar el control. Se recomienda realizar validaciones asociadas a la aplicación de estos criterios en el momento de formular un control, en los seguimientos por parte de la segunda línea de defensa y primera línea de defensa y se generen espacios pedagógicos para lograr identificar y formular adecuadamente un control. Cabe resaltar, que la aplicación de estos criterios para los riesgos de gestión se acogió por la Entidad y se aplica actualmente a los controles asociados a estos riesgos.

En cuanto a los riesgos de cumplimiento (Corrupción y soborno), es pertinente que se realicen los ajustes que sean necesarios a los controles y se hagan validaciones de efectividad por parte de la segunda línea de

<sup>5</sup> Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- Versión 4, página 52

<sup>6</sup> Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- Versión 4, página 53

<sup>7</sup> Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas- Versión 4, página 54

defensa, teniendo en cuenta que, para estos riesgos, se aplica la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas-Versión 4, la cual es muy explícita en la aplicación de estos criterios para el adecuado diseño de los controles.

Con respecto a los riesgos de seguridad de la información, no se identificaron controles asociados a los riesgos identificados. La segunda línea de defensa se encuentra generando un plan de trabajo para abordar el análisis de riesgos de seguridad de la información, para ejecutarlo durante la vigencia 2023. En el mapa de aseguramiento de la Entidad, se identificaron funciones de aseguramiento correspondientes a las responsabilidades de esta segunda línea de defensa y serán tenidas en cuenta en las evaluaciones internas que realizará la Oficina de Control Interno en el 2023.

En cuanto a la ejecución de los controles, se verificó la evidencia de los controles que cumplen con los requisitos de diseño, los cuales corresponden a 19 controles, teniendo en cuenta la evidencia suministrada por parte de la segunda línea de defensa, a través del sitio SharePoint. En este sentido se observó que:

- a. El 32% de los controles cuentan con evidencia de ejecución en el sitio SharePoint.
- b. El 16% de las evidencias de los controles evaluados corresponden a información confidencial y por este motivo no se encuentran en el sitio SharePoint.
- c. El 53% de la evidencia de la ejecución de los controles fue consultada en otras herramientas como la página web de la Entidad, auditorías internas de la oficina de control interno y Aniscopio.

De acuerdo con los resultados anteriores, se recomienda generar una herramienta donde se centralice la consulta de la ejecución de los controles, relacionando los vínculos de consulta, documentos o seguimientos presentados por la primera línea de defensa, entre otras opciones que apoyarán el seguimiento de la segunda línea de defensa en cuanto a la validación de la ejecución de controles.

En conclusión, la efectividad de los controles se ve afectada por el adecuado diseño de los controles y la debida validación de su ejecución dificultando evidenciar la mitigación de los riesgos. En este sentido, se siguen presentado debilidades en la formulación de los controles, en las validaciones de la ejecución y el análisis de información adicional como lo son denuncias, hallazgos, investigaciones disciplinarias entre otros temas que pueden impactar las causas de los riesgos, la identificación de riesgos emergentes o riesgos materializados.

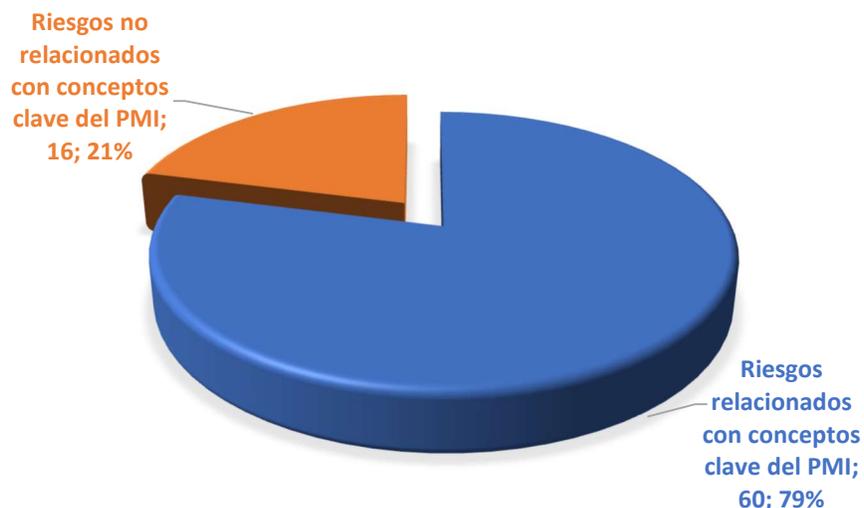
### 5.3 Riesgos de la Entidad asociados a hallazgos y no conformidades.

Antes de entrar en materia es importante mencionar que: revisando la publicación de las matrices de riesgos de los 9 procesos y 3 especiales definidos en el alcance, en la página web de la Entidad, con corte 31 de octubre de 2022, se advierte que todos los procesos cuentan con publicación actualizada de su mapa de riesgos bajo la más reciente metodología para la gestión del riesgo emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.

Aclarado lo anterior y con el fin de comprender el comportamiento de los conceptos claves con relación a los riesgos identificados en los procesos, se tuvieron en cuenta para este análisis, la totalidad de los riesgos de gestión, cumplimiento y seguridad de la información identificados por la Entidad. A continuación, se presenta el panorama cuantitativo del comparativo:

Entre el Plan de Mejoramiento Institucional - PMI y el Mapa de Riesgos Institucionales - MRI:

a. Resultados Generales



De acuerdo con el análisis realizado, se pudo cuantificar que: de un universo de 76 riesgos institucionales vigentes en la Agencia Nacional de Infraestructura, se asocian los conceptos claves en relación con 60 riesgos equivalentes al 79% y 16 riesgos restantes que por sus características no se pudieron asociar a ningún concepto clave del Plan de Mejoramiento Institucional y corresponden al 21%.

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

Lo anterior, nos invitó a realizar un ejercicio de identificación más detallada que nos permitiera contar con un mapa de riesgos que contemple las causas raíz de los hallazgos del PMI y de igual manera un Plan de Mejoramiento Institucional con conceptos clave basados en riesgos. Cuyos resultados se detallarán más adelante, en el literal b de este capítulo.

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

De los 76 riesgos, 60 se encuentran relacionados con problemáticas (conceptos clave) identificadas en el Plan de Mejoramiento Institucional y se agrupan en 8 categorías.

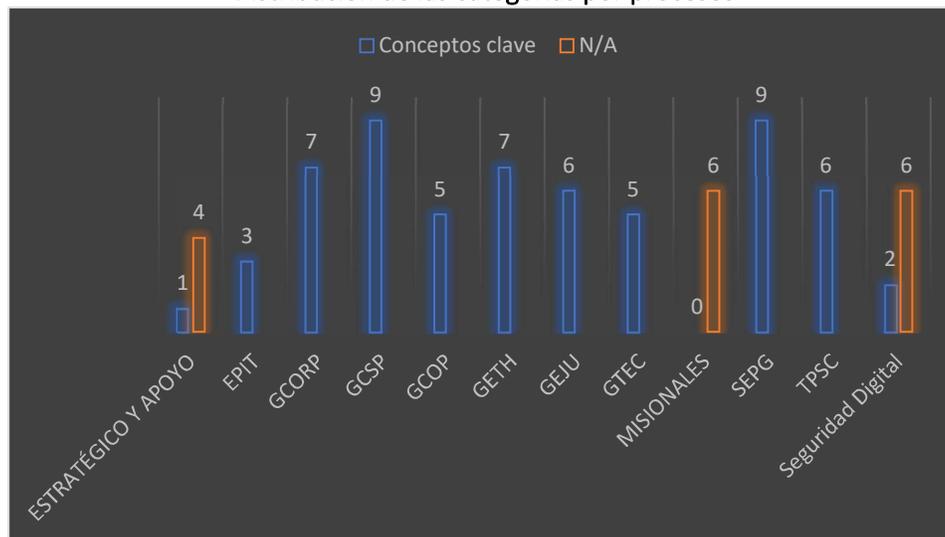
Cant. Riesgos	Categorías (Concepto clave)	Cant. Hallazgos
36	Deficiencias en gestión institucional y/o interinstitucional	44
6	Incumplimiento normativo	6

Cant. Riesgos	Categorías (Concepto clave)	Cant. Hallazgos
5	Deficiencias en el registro de información en herramientas de seguimiento o de apoyo a la gestión	40
5	Retrasos o deficiencias en la entrega y/o aprobación de documentación contractual	9
4	Incumplimiento de decisiones judiciales	1
2	Sobrecostos en los proyectos a cargo del público	7
1	Desequilibrio económico	6
1	Oportunidad en la provisión contable y/o pago de sentencias judiciales	6
<b>60</b>	<b>Totales</b>	<b>119</b>

Los mayores porcentajes de recurrencia de asociación entre los riesgos y los conceptos claves del PMI se identifican con los denominados i) Deficiencias en gestión institucional y/o interinstitucional (36 riesgos asociados), ii) Incumplimiento normativo (6 riesgos asociados) y iii) Deficiencias en el registro de información en herramientas de seguimiento o de apoyo a la gestión (5 riesgos asociados). En suma, los tres conceptos claves abarcan el 78% de los riesgos.

En el Plan de Mejoramiento Institucional se encuentran 119 hallazgos relacionados con los 60 riesgos identificados con las ocho categorías o conceptos claves.

**Distribución de las categorías por procesos**



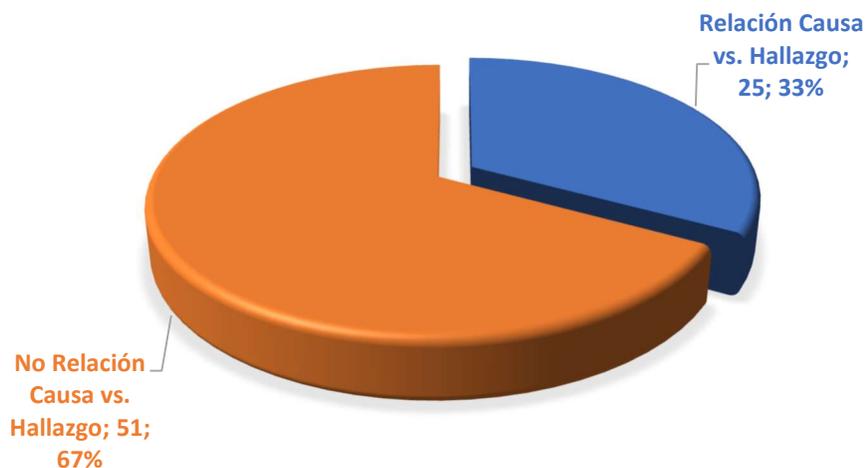
La gráfica anterior muestra por procesos, el número de riesgos asociados a los conceptos claves del PMI concluyendo lo siguiente:

- En los 9 procesos de la Entidad se encuentra relación entre los riesgos y los conceptos claves del Plan de Mejoramiento Institucional.
- Para los ítems adicionales se encuentran 3 riesgos relacionados con conceptos clave del PMI y en contraste 16 riesgos no guardan relación alguna con conceptos clave del PMI.

#### b. Resultados Específicos

Consecuente con lo descrito en los resultados generales, se realizó un ejercicio de asociación entre el riesgo contenido de la causa raíz y los hallazgos vigentes del PMI, teniendo presente la identificación general y previa de los conceptos clave, detallada en los resultados generales.

A continuación, se detallan los resultados obtenidos:



De los 76 riesgos, 25 se encuentran relacionados con hallazgos identificadas en el Plan de Mejoramiento Institucional y se agrupan en 8 categorías vía concepto clave más la categoría N/A.

Cant. Riesgos	Categorías (Concepto clave)	Cant. Hallazgos
36	Deficiencias en gestión institucional y/o interinstitucional	48
5	Deficiencias en el registro de información en herramientas de seguimiento o de apoyo a la gestión	12
2	Sobrecostos en los proyectos a cargo del público	7
6	Incumplimiento normativo	6
1	Oportunidad en la provisión contable y/o pago de sentencias judiciales	6
5	Retrasos o deficiencias en la entrega y/o aprobación de documentación contractual	6

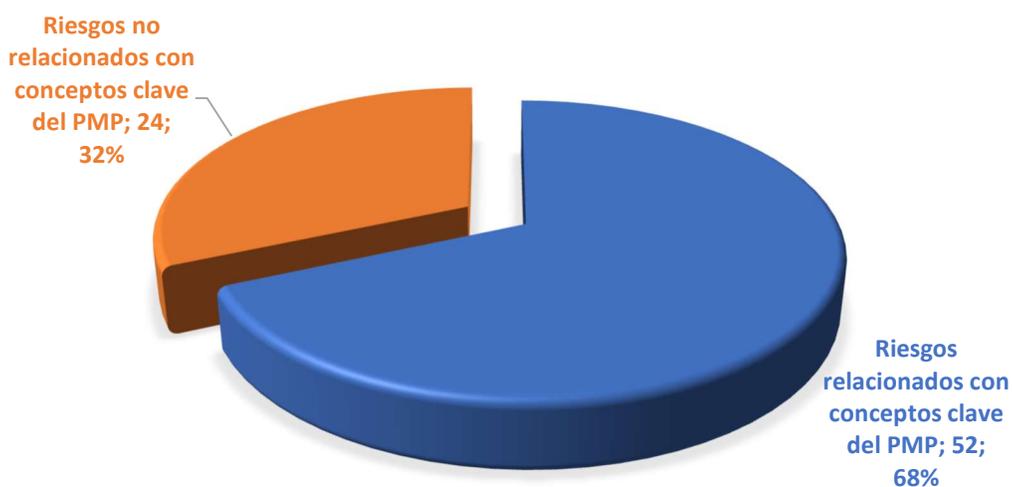
Cant. Riesgos	Categorías (Concepto clave)	Cant. Hallazgos
1	Desequilibrio económico	3
4	Incumplimiento de decisiones judiciales	1
16	N/A	0
76	Totales	89

Los mayores porcentajes de recurrencia de asociación entre los riesgos y los hallazgos del PMI se identifican con los denominados i) Deficiencias en gestión institucional y/o interinstitucional (48 hallazgos), ii) Deficiencias en el registro de información en herramientas de seguimiento o de apoyo a la gestión (12 hallazgos asociados) y iii) Sobrecostos en los proyectos a cargo del público (7 hallazgos asociados). En suma, los tres conceptos claves abarcan el 29% de los hallazgos vigentes (231).

El detalle de los números de los hallazgos asociados a cada riesgo se adjunta a los papeles de trabajo de la auditoría de riesgos y es susceptible de consulta por parte de los interesados.

Entre el Plan de Mejoramiento por Procesos - PMP y el Mapa de Riesgos Institucionales - MRI:

**a. Resultados Generales**



### Categorías (Conceptos clave) relacionados con riesgos

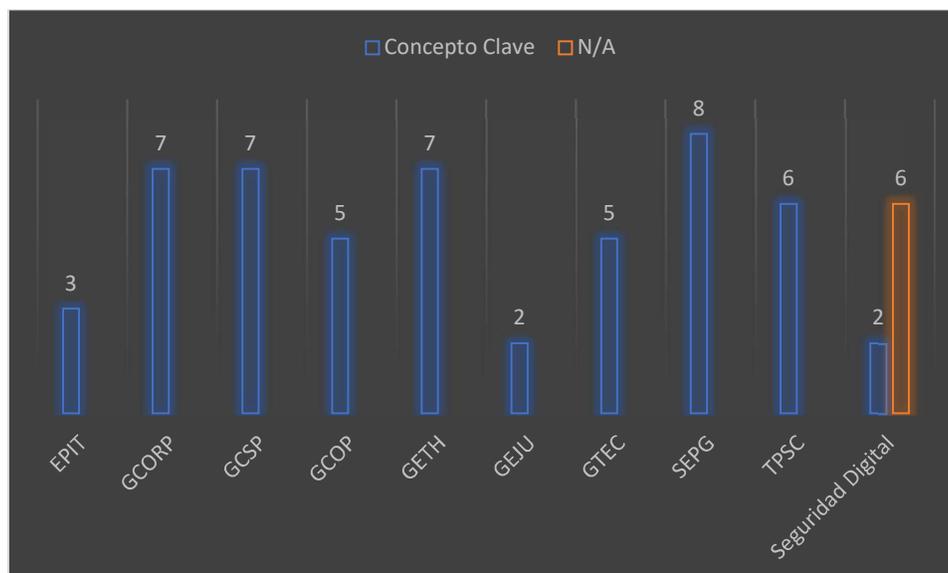
De los 76 riesgos, 52 se encuentran relacionados con problemáticas (conceptos clave) identificadas en el Plan de Mejoramiento por Procesos y se agrupan en 4 categorías.

Cant. Riesgos	Categorías (Concepto clave)	Cant. NC
36	Deficiencias en gestión institucional y/o interinstitucional	34
5	Deficiencias en el registro de información en herramientas de seguimiento o de apoyo a la gestión	12
6	Incumplimiento normativo	23
5	Retrasos o deficiencias en la entrega y/o aprobación de documentación contractual	2
<b>52</b>	<b>Totales</b>	<b>71</b>

Los mayores porcentajes de recurrencia de asociación entre los riesgos y los conceptos claves del PMP se identifican con los denominados i) Deficiencias en gestión institucional y/o interinstitucional (36 riesgos asociados), ii) Incumplimiento normativo (6 riesgos asociados) y iii) Deficiencias en el registro de información en herramientas de seguimiento o de apoyo a la gestión (5 riesgos asociados). En suma, los tres conceptos claves abarcan el 78% de los riesgos.

En el Plan de Mejoramiento por Procesos se encuentran 71 no conformidades relacionadas con los 52 riesgos identificados con las cuatro categorías o conceptos claves.

### Distribución de las categorías por procesos



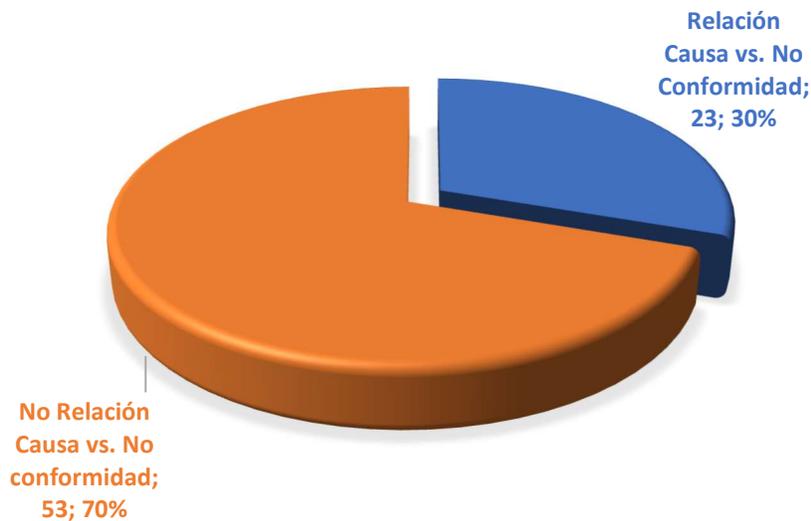
La gráfica anterior muestra por procesos, el número de riesgos asociados a los conceptos claves del PMP concluyendo lo siguiente:

- En los 9 procesos de la Entidad se encuentra relación entre los riesgos y los conceptos claves del Plan de Mejoramiento por Procesos.
- Para el ítem adicional de Seguridad digital se encuentran 2 riesgos relacionados con conceptos clave del PMP y en contraste 6 riesgos no guardan relación alguna con conceptos clave del PMP.

**a. Resultados Específicos**

Consecuente con lo descrito en los resultados generales, se realizó un ejercicio de asociación entre el riesgo contenido de la causa raíz y las no conformidades vigentes del PMP, teniendo presente la identificación general y previa de los conceptos clave, detallada en los resultados generales.

A continuación, se detallan los resultados obtenidos:



De los 76 riesgos, 23 se encuentran relacionados con no conformidades identificadas en el Plan de Mejoramiento Institucional y se agrupan en 8 categorías vía concepto clave más la categoría N/A.

Cant. Riesgos	Categorías (Concepto clave)	Cant. Hallazgos
11	Deficiencias en gestión institucional y/o interinstitucional	32
4	Deficiencias en el registro de información en herramientas de seguimiento o de apoyo a la gestión	19
3	Incumplimiento de decisiones judiciales	12
1	Incumplimiento normativo	11

Cant. Riesgos	Categorías (Concepto clave)	Cant. Hallazgos
2	Retrasos o deficiencias en la entrega y/o aprobación de documentación contractual	6
1	Sobrecostos en los proyectos a cargo del público	6
1	Oportunidad en la provisión contable y/o pago de sentencias judiciales	2
<b>23</b>	<b>Totales</b>	<b>88</b>

Los mayores porcentajes de recurrencia de asociación entre los riesgos y las no conformidades del PMP se identifican con los denominados i) Deficiencias en gestión institucional y/o interinstitucional (32 no conformidades), ii) Deficiencias en el registro de información en herramientas de seguimiento o de apoyo a la gestión (19 no conformidades asociadas) y iii) Incumplimiento de decisiones judiciales (12 no conformidades asociadas). En suma, los tres conceptos claves abarcan el 72% de las no conformidades vigentes (81).

El detalle de los números de las no conformidades asociadas a cada riesgo se adjunta a los papeles de trabajo de la auditoría de riesgos y es susceptible de consulta por parte de los interesados.

## 6. RECOMENDACIONES

- ✓ Teniendo en cuenta los cambios que se han generado los últimos tres años, se recomienda retomar el análisis DOFA o FODA, en la identificación de los riesgos de cumplimiento y complementarlo con la información que se encuentra aplicada en la metodología actual.
- ✓ Se recomienda, retroalimentar a la primera línea de defensa en la debida formulación y diseño de controles, señalando las debilidades identificadas en el análisis de controles.
- ✓ Se recomienda implementar acciones asociadas a monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente, verificar el desarrollo y mantenimiento de controles de TI por parte del Oficial de Seguridad de la Información, evaluar la gestión del riesgo de la entidad con énfasis en el cumplimiento legal y regulatorio, el logro de los objetivos estratégicos o institucionales y la confiabilidad de la información financiera y no financiera.
- ✓ Se recomienda generar análisis asociados a incumplimientos normativos, incumplimiento de metas de la Entidad, confiabilidad de la información entre otros, con el fin de determinar el grado de relación y afectación de los riesgos identificados por la Entidad. Informar a la alta dirección sobre este análisis y recomendar las acciones pertinentes para ajustar controles, indicadores, acciones de mitigación o generar planes de acción.

- ✓ Se recomienda generar análisis asociados a la planeación estratégica, clima laboral, investigaciones disciplinarias, resultados de indicadores de gestión, nuevos lineamientos establecidos por la alta dirección, entre otros, con el fin de identificar su impacto en los riesgos y su afectación en la imagen de la Entidad.
- ✓ Se recomienda analizar la política de la administración del riesgo, teniendo en cuenta los cambios que se han generado a partir de la pandemia o situaciones externas que puedan afectar el funcionamiento de la Entidad y sus procesos.
- ✓ Se recomienda generar una estrategia para abordar la metodología asociada a la administración de los riesgos de seguridad de la información e informar a la alta dirección.
- ✓ Se recomienda generar comunicaciones amigables con los lineamientos establecidos para administrar los riesgos de la Entidad.
- ✓ Se recomienda generar una campaña de comunicación para incentivar la realización del curso virtual de riesgos en la UNIANI.
- ✓ Se recomienda generar una herramienta donde se centralice la consulta de la ejecución de los controles, relacionando los vínculos de consulta, documentos o seguimientos presentados por la primera línea de defensa, entre otras opciones que apoyarán el seguimiento de la segunda línea de defensa en cuento a la validación de la ejecución de controles.

#### Suficiencia de los riesgos PMI y PMP

- ✓ 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 y las no conformidades evidenciadas por la Oficina de Control Interno.
- ✓ Articular el alcance de las acciones de control y las acciones de mejoramiento con el fin de lograr coherencia e integración frente a estos tres instrumentos institucionales (PMI-MRI y PMP-MRI) y fortalecer la efectividad de las acciones de control.
- ✓ Construir una posición institucional a partir de las lecciones aprendidas, que le permita a la Entidad atender de manera coordinada e integrada los requerimientos de los Entes de Control, así como la superación de las causas de los hallazgos generadas en las auditorías internas y externas.
- ✓ Generar acciones de carácter preventivo articuladas entre el mapa de riesgos institucional y el plan de mejoramiento institucional que permitan reducir el grado de recurrencia de las causas generadoras tanto de riesgos como de hallazgos.
- ✓ Generar acciones de carácter preventivo articuladas entre el mapa de riesgos institucional y el plan de mejoramiento por procesos que permitan reducir el grado de recurrencia de las causas generadoras tanto de riesgos como de hallazgos.

 <p>Agencia Nacional de Infraestructura</p>	<p>AGENCIA NACIONAL DE INFRAESTRUCTURA</p> <p><b>Auditoría a la administración del riesgo de la ANI</b></p>	 <p>MINISTERIO DE TRANSPORTE</p>
--	---	---

- ✓ 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 y en el PMP.

**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)