



---

# Informe de Evaluación Mapa de Riesgos Institucional

---

Septiembre de 2020

---

Oficina de Control Interno

---

## 1. Marco Normativo

**Política de Administración de Riesgo** aprobada en Comité de Coordinación Institucional de Control Interno el día 23 de julio de 2020. Numeral 8.1.6. Seguimiento y Evaluación: "La Tercera Línea de Defensa realiza seguimiento y evaluación independiente al mapa de riesgos de la entidad, en el marco del Plan Anual de Auditoría aprobado para cada vigencia, verificando la efectividad de los controles y de las acciones de control adicionales, los cuales serán informados al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno".

### Rol Comité de Coordinación Institucional de Control Interno

1. Definir, aprobar y evaluar de la Política de Administración el Riesgo. La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, los cambios en el entorno (interno y externo) que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes (riesgos emergentes).
2. Tomar decisiones en cuanto a las modificaciones o ajustes que se deban realizar frente a la política de administración de riesgos.
3. Identificar conflictos de intereses y eventos potenciales que puedan constituirse en riesgos de corrupción, y comunicarlos a la primera y segunda línea de defensa para que se analicen y se tomen medidas preventivas.
4. Identificar procesos, programas o proyectos susceptibles de actos de corrupción, teniendo en cuenta el análisis del contexto interno y externo.
5. Revisar periódicamente los resultados de monitoreo y seguimiento de los riesgos, generando las alertas y recomendaciones pertinentes, y en caso de que aplique, reportar la materialización de riesgos a las dependencias correspondientes.
6. Revisar las causas, los controles y acciones establecidos para cada uno de los riesgos materializados, con el fin de que se tomen medidas oportunas y eficaces para evitar en lo posible la repetición del evento
7. Identificar los riesgos en caso de que aplique asociados a actividades tercerizadas u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, generando las recomendaciones a que haya lugar.

**Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-** Numeral 7.2.2. Gestión de los riesgos institucionales. Tercera línea de defensa, a la cual corresponde:

- Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa.
- Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.
- Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías.
- Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.
- Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas.



## 2. Metodología para el seguimiento y evaluación

En primer lugar, se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación el Mapa de Riesgos Institucional con avance a agosto 30 de 2020.

Se programaron y realizaron reuniones con todos los procesos y subprocesos con el fin de validar los siguientes aspectos: a) Diseño del control, b) Implementación del control y sus soportes y c) Efectividad del control. Adicional a ello, se verificó la consistencia de los soportes subidos en el *One Drive* correspondientes al seguimiento con corte a agosto de 2020.

Con el fin de presentar los resultados de la evaluación de riesgos en forma cuantitativa, se definieron los siguientes indicadores, los cuales permiten a la alta dirección obtener un resultado de fácil comprensión:

### **Indicador: Efectividad en los controles**

**Fórmula:** (No. de controles adecuados/No. controles evaluados en el período en el Mapa de Riesgos Institucional) \* 100

**Donde:** Un control adecuado es el que fue formulado y valorado conforme a lo establecido en la *Política de Administración de Riesgo de la ANLA*, sus soportes de implementación son consistentes y es efectivo, es decir, que el riesgo no se ha materializado.

### **Indicador: Seguimiento a las acciones**

**Fórmula:** (No. de acciones consistentes/No. de acciones definidas en el período en el Mapa de Riesgos Institucional) \* 100

**Donde:** Una acción consistente es la formulada conforme a lo establecido en la *Política de Administración de Riesgo de la ANLA* y sus soportes son coherentes con el avance reportado.

### **Indicador: Avance de las acciones formuladas**

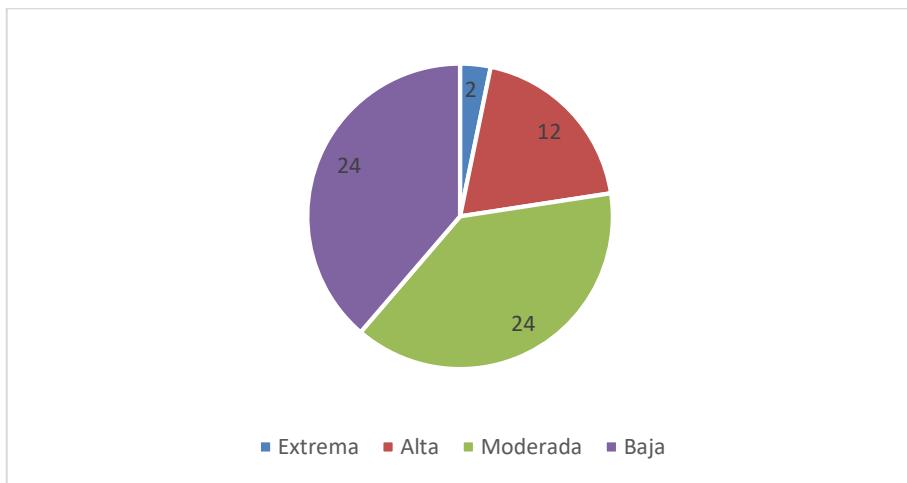
**Fórmula:** Promedio porcentual de avance de las acciones reportadas.

## 3. Descripción Mapa de Riesgos Institucional

El Mapa de Riesgos de la entidad contiene un total de 62 riesgos, de los cuales 48 corresponden a riesgos de gestión y 14 se tipifican como riesgos de corrupción.

En el siguiente gráfico podemos observar la distribución de los riesgos de acuerdo con la zona en que se ubican:

Gráfico 1. Distribución de riesgos residual por zona



3

Como se observa en el gráfico No. 1, la entidad tiene dos (2) riesgos valorados en zona extrema, los cuales se describen a continuación:

Proceso	Riesgo identificado	Causas
Gestión del Conocimiento y la Innovación	Eliminación, modificación u ocultamiento de la información de la entidad que reposa en los servidores para beneficio propio o favorecer a un tercero	Debilidad en la trazabilidad (creación, lectura, actualización y borrado de registros) de la plataforma tecnológica.
Evaluación de Permisos y Trámites Ambientales	Inoportunidad en los términos de evaluación de las solicitudes de los usuarios, relacionadas con los permisos y trámites ambientales dentro del marco de las políticas ambientales y la norma vigente	Fallas en SILA para el control de los tiempos de cada uno de los expedientes.

## 4. Resultados de la Evaluación del Mapa de Riesgos Institucional

### 4.1. Indicador: Efectividad en los controles

**Fórmula:** (No. de controles adecuados/No. controles evaluados en el período en el Mapa de Riesgos Institucional) \* 100

**Donde:** Un control adecuado es el que fue formulado y valorado conforme a lo establecido en la *Guía para la administración del riesgo de la ANLA*, sus soportes de implementación son consistentes y es efectivo, es decir, que el riesgo no se ha materializado.

El total de controles evaluados fue de 100, de los cuales 88 fueron adecuados y 12 requieren ser revisados.

$$\text{Efectividad en los controles} = 88\%$$

#### **4.2. Indicador: Seguimiento a las acciones**

**Fórmula:** (No. de acciones consistentes/No. de acciones definidas en el período en el Mapa de Riesgos Institucional) \* 100

**Donde:** Una acción consistente es la formulada conforme a lo establecido en la *Guía para la administración del riesgo de la ANLA* y sus soportes son coherentes con el avance reportado.

El total de acciones evaluadas fue de 77, de las cuales 75 fueron adecuadas y 2 requieren ser revisadas.

**Seguimiento a las acciones = 97.4%**

#### **4.3. Indicador: Avance de las acciones formuladas**

**Fórmula:** Promedio del avance reportado de las acciones formuladas con corte a agosto 30 de 2020.

El promedio del avance se tomó de un total de 77 acciones.

**Avance promedio de las acciones = 55%**

### **5. Conclusiones**

- 5.1. La entidad cuenta con una matriz de riesgos institucional, la cual fue actualizada para la vigencia 2020 tanto en riesgos de gestión como de corrupción.
- 5.2. En la vigencia se han **materializado** los siguientes riesgos, los cuales deben ser objeto de análisis y revisión de causas por parte de la alta dirección y líderes de proceso, esto con el fin de formular acciones (plan de mejoramiento interno) de tratamiento adecuado para minimizar la reincidencia en la materialización del riesgo:
  - a. Difusión incompleta, confusa e inoportuna a los usuarios (internos y externo) sobre los planes, programas, proyectos, servicios, trámites y actividades en general de la entidad
  - b. Pérdida de la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información en los sistemas de información institucional.
  - c. Pérdida de la continuidad de las operaciones de la entidad
  - d. Incumplimiento en los tiempos de entrega de las comunicaciones por parte del Operador Postal
  - e. Notificaciones de Actos Administrativos fuera de término

- 5.3. La entidad no ha adelantado acciones relacionadas con la formulación de planes de contingencia en el marco de la administración de riesgos de los procesos.

## 6. Recomendaciones

- 6.1. Analizar las causas y valorar nuevamente los riesgos materializados, así como formular acciones correctivas e incluirlas en el Plan de Mejoramiento Interno de la entidad.
- 6.2. Implementar la Política de Administración de Riesgo actualizada en la vigencia 2020, es aspectos como planes de contingencia, riesgos de seguridad digital y valoración de controles con los nuevos criterios establecidos por el DAFFP.
- 6.3. Incluir en los planes de capacitación o formación para la vigencia 2021 capacitaciones que permitan fortalecer los conocimientos en identificación y gestión de riesgos a los líderes y facilitadores de los procesos.
- 6.4. Incluir en los procesos de autoevaluación o reuniones internas de cada dependencia, el análisis de los roles definidos para cada línea de defensa frente a la administración del riesgo en la ANLA y las acciones que se deben adelantar en caso de materialización de un riesgo.
- 6.5. Culminar e implementar la herramienta *in house* propuesta para la administración de riesgos en la entidad.
- 6.6. Presentar al próximo Comité de Coordinación Institucional de Control Interno los ajustes que se requieran por las metas no cumplidas con la debida justificación.

5

**ELÍAS ALONSO NULE RHENALS**  
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Luz Dary Amaya Peña  
Octubre 7 de 2020