

**\*20191300065983\***



**Radicado No. 20191300065983**  
**01-11-2019**  
**Página 1 de 21**

## COMUNICACIÓN INTERNA

**PARA:** Dra. **MARÍA FIGUEROA CAHNSPEYER**  
Directora General

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO**

**DIRECTORES, SUBDIRECTORES, JEFES DE OFICINA, ASESORES**

**DE:** **JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**ASUNTO:** **Informe de Seguimiento al Mapa de Riesgos ICFES – septiembre 30 de 2019**

### PRESENTACIÓN

El ICFES, con el propósito de contribuir a una adecuada identificación, análisis, evaluación, medición, tratamiento, monitoreo y revisión de los riesgos a los que se enfrenta su gestión, y buscando fortalecer las políticas básicas para el manejo del riesgo, implementó el procedimiento de "Gestión de Riesgos", código PDE-PT001 de mayo 22 de 2019, así como un Manual de Gestión de Riesgos y Oportunidades, código PDE-MN002, Versión 002 de mayo 22 de 2019.

La metodología implementada consiste en un ciclo continuo de identificación de riesgos para los procesos del Instituto, que permite la identificación de eventos, causas y las posibles consecuencias con sus efectos o nivel de impacto y probabilidad de ocurrencia en la entidad. Esta metodología, que fue construida con base en la Norma Técnica NTC-ISO 31000, la Guía de Gestión del Riesgo DAFP y la Guía de la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, denominada Guía para la Gestión de Riesgo de Corrupción, comprende los siguientes pasos: 1. Establecer el contexto, 2. Identificar el riesgo, 3. Analizar el Riesgo (Probabilidad e Impacto), 4. Evaluar el Riesgo (Valorar los Controles), 5. Definir Tratamiento del Riesgo y 6. Realizar Monitoreo y Revisión.

Para la realización del análisis de los riesgos, la Entidad cuenta con una herramienta en Excel denominada "Matriz de Gestión de Riesgos", vigente desde el 6 de julio de 2018 bajo el código PDE-FT002.

### OBJETIVO

El presente informe tiene como objetivo realizar seguimiento a la gestión de riesgos del Instituto, efectuando una revisión de los mapas de riesgos de todos los procesos de la Entidad, identificando el avance en la ejecución del plan de tratamiento establecido y la efectividad de los controles definidos para mitigar las causas de los riesgos. De igual manera, se identifican Oportunidades de Mejora para el fortalecimiento en las actividades de identificación, valoración y monitoreo de riesgos.



## ALCANCE

Se realizó revisión de la totalidad de riesgos identificados en los mapas de riesgos por proceso de la Entidad. Igualmente, se hizo revisión de información de seguimiento con corte a septiembre 30 de 2019.

## METODOLOGÍA

Durante el desarrollo del seguimiento se utilizaron los siguientes mecanismos para la obtención y análisis de información:

- Elaboración y aplicación de una lista de verificación con la identificación de los aspectos más relevantes del seguimiento.
- Verificación de información con los gestores encargados de la gestión de los riesgos en cada dependencia de la Entidad.
- Verificación de evidencias de la ejecución de las acciones previstas en el Plan de Tratamiento de riesgos de la Entidad.
- Análisis de la información obtenida y preparación de un informe.

Los resultados del análisis realizado se consignan en el siguiente apartado.

## RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Los resultados del seguimiento realizado a la gestión de riesgos de la Entidad, por cada uno de los procesos del mapa de procesos del Instituto, son los que se describen a continuación.

### GPE-GESTIÓN DE PROYECTOS DE EVALUACIÓN

- Este proceso ha identificado dos (2) riesgos, valorados en riesgo residual moderado. Cuenta con planes de tratamiento definidos.
- Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que, en el riesgo GPE1-GC: *"Elaborar erróneamente la oferta de servicios"*:  
El control existente: *"El profesional a cargo de cada cliente, cada vez que hay una solicitud de servicios de evaluación por el Instituto, consolidará los requerimientos técnicos del servicio solicitado, a través del diligenciamiento de la ficha técnica de requerimiento por parte del cliente, para lo cual remitirá el formato establecido para tal fin. Una vez consolidada la información validará la completitud y enviará a las áreas técnicas como insumo para el costo de las ofertas."* tiene un diseño parcialmente adecuado toda vez que en el momento de diligenciar la matriz no estaba documentado. Sin embargo, dando cumplimiento al plan de tratamiento establecido, se documenta el control bajo el manual GPE-MN001. Se recomienda actualizar el control con su documentación y crear el repositorio de la evidencia del mismo, con el fin de tener actualizada la información y valoración del control.
- ↓ Así mismo, para el riesgo GPE2-GC: *"Incumplimiento de la meta de ingresos del Instituto proveniente de las evaluaciones diferentes a las de Estado"*:  
Se encontró debilidad en el diseño del control: *"Realizar conjuntamente con las áreas involucradas la identificación de los contratos que se tomarán en cuenta para la construcción de las proyecciones, principalmente con clientes recurrentes."*, toda vez que no está documentado ni se encuentra evidencia de éste. Se recomienda dar cumplimiento al plan de



tratamiento establecido por medio del cual se fortalecerá dicho control con la documentación y, además, adicionar la creación de un repositorio de la evidencia del mismo. La fecha de vencimiento del plan es el 31 de octubre de 2019.

- ↓ Se presentó **materialización** del riesgo 2: "Incumplimiento de la meta de ingresos del Instituto proveniente de las evaluaciones diferentes a las de Estado" en la Mega actual del PEI, la cual se subestimó desde su formulación.

### GAD-GESTIÓN DE ANÁLISIS Y DIVULGACIÓN

- Este proceso ha identificado cinco (5) riesgos, dos de ellos valorados en riesgo residual bajo, dos en riesgo residual moderado y uno en riesgo residual alto. Todos tienen planes de tratamiento definidos.
- ↓ Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que, en el riesgo GAD1-GC: "Incumplimiento o retraso de las actividades operativas y logísticas necesarias para llevar a cabo las estrategias de divulgación definidas por el área".
- El control existente: "El equipo técnico de apoyo a la supervisión y el/los supervisores(es) del contrato, una vez al mes garantiza la ejecución del contrato logístico, mediante el seguimiento en reuniones con el equipo técnico. En caso de no realizarse la reunión presencial se hará seguimiento mediante correos electrónicos ...", es un control efectivo, toda vez que previene el riesgo y se encuentra evidencia del mismo. Sin embargo, tiene un diseño parcialmente adecuado, toda vez que no está documentado. El riesgo tiene establecido un plan de tratamiento con dos actividades, que están dirigidas a mitigar las dos causas que no tienen controles existentes. La fecha de vencimiento es el 31 de mayo de 2020.
- ↓ En el riesgo GAD2-GC. "Incumplimiento o retraso de las estrategias misionales definidas por el área": El control existente: "La líder de proceso mensualmente verifica el cumplimiento de actividades internas por parte de los profesionales de SAYD, mediante el seguimiento de las actividades planeadas y el cumplimiento a la fecha entregada por medio de correos electrónicos, reuniones, herramientas de apoyo etc. En caso de no tener la información o haber inconsistencias en la misma, la líder del proceso solicitará la información a los profesionales del área", es un control efectivo, toda vez que previene el riesgo y se encuentra evidencia del mismo. Sin embargo, tiene un diseño parcialmente adecuado, toda vez que no está documentado. Lo anterior está planificado para realizar hasta el 31 de diciembre del 2019, según lo establecido en el plan de tratamiento.
- ↓ El riesgo GAD3-GC, "Baja pertinencia y/o usabilidad percibida de la información divulgada por parte de los asistentes", tiene establecidos tres (3) controles para mitigar la causa identificada: 1. "El profesional de SAYD anualmente, valida las necesidades de los asistentes de los encuentros regionales para ser tenidos en cuenta en las actividades próximas de la SAYD, mediante el envío electrónico de una encuesta de satisfacción.", 2 "El equipo de la SAYD una vez al año, valida las necesidades de los asistentes de los encuentros regionales para ser tenidos en cuenta en las actividades próximas de la SAYD, mediante la realización de Grupos focales y/o pilotajes internos y externos." y 3. "El equipo de la SAYD una vez al mes, valida las necesidades de los asistentes de los encuentros regionales para ser tenidos en cuenta en las actividades próximas de la SAYD, mediante el diligenciamiento de la Matriz de sistematización y/o seguimiento de encuentros (secretarías y plan padrino)." Los tres controles son efectivos y se encuentra evidencia de los mismos en los repositorios mencionados en la matriz. Sin embargo, los controles 2 y 3 tienen un diseño parcialmente adecuado debido a que no están documentados. Su documentación se realizará por medio del plan de tratamiento definido y tiene fecha de cierre el 21 de diciembre de 2019.
- El riesgo GAD4-GC. "Baja calidad, eficiencia y pertinencia en los documentos de análisis de pruebas": Tienen definidos dos controles: 1. "La Líder del proceso, antes de finalizar el plazo de entrega de la información, corrobora el plazo de entrega de información a la DTI, mediante el envío de un correo electrónico recordando la fecha límite." y 2. "Los profesionales de la SAYD, cada vez que se requiera, garantiza la entrega de información adecuada por parte de la DTI, mediante el diligenciamiento del formato de requerimientos básicos el cual es compartido por medio de Drive." Sin embargo, son controles



Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 4 de 21

que se van a fusionar en uno solo según reunión con la DTI. Se recomienda actualizar la matriz y la valoración del control unificado. Así mismo, darle cumplimiento al plan de tratamiento con cierre al 31 de diciembre de 2019 con el cual fortalecen el diseño adecuado del control documentándolo.

- ↓ El riesgo GAD5-GC. "Baja asistencia en encuentros regionales", tiene un control establecido: "El profesional de la SAYD una vez al año, realiza la Actualización de bases de datos de todas las secretarías de educación y universidades. En caso de no ser efectiva esta acción, el profesional asignado por el líder de la SAYD moverá diferentes medios de comunicación (chat, piezas en página y redes del Icfes) para recordar la convocatoria de los encuentros regionales.". El control es efectivo y se encuentra evidencia de su implementación. Sin embargo, tiene un diseño parcialmente adecuado, ya que no se encuentra documentado y tampoco cuenta con un plan para su documentación. El proceso informa que no puede cumplir el plan de tratamiento en su totalidad durante la vigencia del 2019. Se recomienda actualizar la fecha, directamente con la OAP, en la matriz de la actividad: "El profesional de la Subdirección de Análisis y Divulgación realizará la convocatoria una vez al año con los asistentes de los Establecimientos Educativos que previamente hayan autorizado. Información que reposará en correos electrónicos."
- No se presentó la materialización de riesgos.

#### GTI – GESTIÓN DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN

- Este proceso ha identificado cinco (5) riesgos, uno de ellos valorados en riesgo residual bajo y cuatro en riesgo residual moderado. Los riesgos residuales moderados tienen Planes de tratamiento definidos.
- ↓ Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que el riesgo GTI1-GC "Diseño de servicios tecnológicos que no cumplen con los requerimientos del negocio y los objetivos estratégicos del Instituto.", tiene dos controles existentes: 1. "El gerente de cuenta y el usuario funcional luego de aprobado el requerimiento por la mesa técnica se reúnen para validar y aprobar el prototipo del requerimiento solicitado con el fin de mitigar reprocesos en los desarrollos. En caso de presentarse mala interpretación o cambios en el requerimiento se devuelve a la mesa técnica." y 2. "Los arquitectos de T.I. mensualmente validan la alineación de las soluciones de TI con las políticas y lineamientos de arquitectura empresarial, mediante la discusión y aprobación en la mesa de trabajo de arquitectura empresarial." Son controles efectivos en su implementación y se encuentra evidencia de los mismos. No obstante, tienen un diseño parcialmente adecuado, ya que no se encuentran documentados y tampoco tienen establecido plan para su documentación.

La causa identificada "Cambios extemporáneos solicitados por las áreas funcionales en los requerimientos que afectan el alcance de estos" no tiene control existente, sin embargo, tiene un plan de tratamiento con dos actividades con fecha final del 30 de noviembre y 31 de diciembre de 2019. Se recomienda definir de forma clara las actividades a realizar, en este caso podría ser "Crear o actualizar procedimiento incluyendo las actividades ..."

- ↓ En el riesgo GTI2-GC. "Gestión inadecuada de la información crítica del instituto", existen cuatro controles:  
Los controles: 1. "El arquitecto de datos al inicio de cada sprint define los scripts necesarios para la actualización de parámetros y de creación/actualización de objetos. Estos scripts son asignados en el equipo de arquitectos para su desarrollo y son revisados y aprobados por el arquitecto de datos. Estos se deben versionar en el GIT definido para tal fin. Al momento del despliegue de la funcionalidad, estos scripts deben ser relacionados en el formato dispuesto para tal fin." y 2. "Los analistas de datos tienen una serie de scripts que automatizan las tareas que se realizan en el grupo. Estos scripts automatizan un 30% de las tareas del equipo de operaciones. Para los casos en que no existe esta automatización cada analista realiza la tarea directamente con operaciones DML en la base de datos", son controles implementados y hay evidencia de su aplicación. Sin embargo, se recomienda utilizar los repositorios creados para las evidencias nombrados en la matriz de riesgos o, si es necesario, actualizar la matriz con el repositorio que está siendo utilizado. Además, son controles con diseño parcialmente adecuado, por lo



Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 5 de 21

que se recomienda documentarlos para fortalecerlos.

Los controles: 3. "Las personas del proyecto de gobierno de datos cada seis meses o ante cambios en el mapa de flujo de información, propone ante la mesa técnica de gobierno de datos los líderes de las unidades de información responsables de la unidad de información." y 4. "Las personas del proyecto de gobierno de datos durante las olas de trabajo o ante cambios en el mapa de flujo de información, revisan las fuentes autorizadas de los datos de referencia con los líderes de las unidades o personas designadas para definir los dueños de la fuente y establecer los mecanismos de intercambio de información interno y externo.", son controles con diseños adecuados y efectivos.

- En el riesgo GTI3-GC. "Proyectos de T.I. con: retrasos, sobrecostos, baja calidad, y/o diseños inadecuados", se evidenció un control efectivo y con diseño adecuado: "El Director de Tecnología e Información mensualmente, valida el cumplimiento de la ejecución de los proyectos establecidos en el mapa de ruta, mediante el seguimiento en reuniones con los gerentes de cuenta y líderes de TI."
- ↓ Para el riesgo GTI4-GC. "Indisponibilidad y/o intermitencia de los servicios de T.I. que no satisfacen por completo las necesidades de la entidad en términos de oportunidad, calidad, eficiencia y/o costos", existen tres controles: Existe evidencia de la implementación de los tres controles y se encuentra debidamente almacenada en los repositorios mencionados en la matriz.

Sin embargo, el control 1. "El líder de servicios Tecnológicos mensualmente valida el plan de servicios tecnológicos a través del seguimiento y programación de las actividades requeridas para la renovación o adquisición oportuna de los servicios." tiene un diseño parcialmente adecuado, toda vez que no está documentado.

Los controles 2. "Los Supervisores de contratos de servicios o licenciamientos tecnológicos de acuerdo con la periodicidad definida en el contrato, validan el cumplimiento de las obligaciones contractuales por medio del Informe de Supervisión de acuerdo con los entregables pactados y entregados por los Proveedores." y 3. "Los Supervisores de contratos de servicios o licenciamientos tecnológicos de acuerdo con la periodicidad definida en el contrato, valida con el contratista la posibilidad de aplicar las penalidades en la cuenta de cobro respecto con el cumplimiento de los ANS establecidos en el contrato." Son controles efectivos y con diseño adecuado.

El riesgo se encuentra **materializado** con la falla de las carpetas compartidas que tienen las áreas del Instituto y la falla de la Intranet.

- ↓ El riesgo GTI5-GC. "Despliegues en producción de mantenimientos o mejoras que puedan afectar la funcionalidad de los sistemas misionales", tiene actualmente un control existente: "Los analistas de calidad, cada vez que se presente un cambio o se libere una nueva versión de los Sistemas de Información, garantizan que los ajustes realizados cumplen con los requerimientos solicitados, mediante la ejecución de los escenarios de pruebas diseñados." Se verifica la ejecución del control evidenciando su efectividad. Sin embargo, tiene un diseño parcialmente adecuado, toda vez que no se está documentado. El proceso informa que el riesgo se ha **materializado**, por lo cual están implementando un nuevo control por medio del plan establecido atacando la causa: "Cambios de último momento solicitados por las áreas misionales, antes de realizar el paso a producción de la funcionalidad, sin analizar el impacto que puede tener en otras funcionalidades". La fecha de cierre del plan es el 31 de diciembre de 2019.

## GCP-GESTIÓN DE CALIFICACIÓN Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

- Este proceso ha identificado dos riesgos, el primer riesgo con ID: GCP1-GC valorado en riesgo residual alto y el riesgo con ID: GCP2-GC valorado en riesgo residual moderado, motivo por el cual el proceso formuló un plan de



Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 6 de 21

mitigación para cada riesgo.

- ↓ Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que el riesgo con ID: GCP1-GC tiene 5 controles asociados de los cuales se observa:

El primer control: *"El Subdirector de Estadística, previa a la recepción de base de datos, verifica los cronogramas internos y externos del área, mediante el seguimiento a las actividades que realizan los contratistas de la SE a través del DRIV y acuerdos de actividades. En caso de identificar retrasos en los cronogramas de los insumos recibidos se debe notificar al área responsable (SI, SPI, SDI, DPO) o en su defecto instaurar el producto no conforme."* Se evidencia que su diseño y su efectividad son parcialmente adecuados, toda vez que el riesgo se ha **materializado** en la vigencia y su materialización implica la causa relacionada al control. No obstante, se valida que se encuentran en proceso un plan de acción relacionado con la Salida no Conforme generada por la materialización del riesgo y que dicho plan establece acciones con el fin de fortalecer el control.

El segundo control: *"El Subdirector de Estadística, posterior a la recepción de base de datos, realiza procesos de verificación de la calidad de la generación de asignación de puntajes, mediante listas de verificación de base de datos de información básica de evaluados respecto del string de lectura, verificación de calibraciones de ítems y acuerdos de entrega de codificaciones. En caso de identificar inconsistencias en los insumos recibidos se devuelve al profesional encargado para su ajuste o se reprocesa la base de datos de asignación de puntajes de acuerdo con el procedimiento."* Se evidencia que su diseño y su efectividad son parcialmente adecuados, toda vez que el riesgo se ha **materializado** en la vigencia asociado a la causa. No obstante, se valida que se encuentra en proceso el plan de acción PA190-004, con el fin de mejorar el control.

El tercer control: *"El Subdirector de Estadística, posterior a la recepción de base de datos, realiza procesos de verificación de la calidad de la generación de asignación de puntajes, mediante listas de verificación de base de datos de información básica de evaluados respecto del string de lectura, verificación de calibraciones de ítems y acuerdos de entrega de codificaciones. En caso de identificar inconsistencias en los insumos recibidos se devuelve al profesional encargado para su ajuste o se reprocesa la base de datos de asignación de puntajes de acuerdo con el procedimiento."* Se evidencia que su diseño y su efectividad son adecuados, no obstante, se sugiere generar un repositorio con las evidencias del control, toda vez que se encuentran en el correo electrónico del responsable y no es fácil generar trazabilidad de las mismas.

El cuarto control: *"El Subdirector de Producción de Instrumentos, previa entrega de la base de datos con la codificación final, verifica la pertinencia, consistencia y calidad de la base, contrastando esta base con la biblia, el informe administrativo y demás bases requeridas, para cada proceso de codificación que se realiza. En caso de identificar inconsistencias en los insumos se debe devolver a los profesionales de la Subdirección para realizar ajustes y generar una nueva base, en caso de no recibir de forma oportuna los insumos, se debe realizar el reporte al área encargada."* Se evidencia que su diseño y su efectividad son adecuados, no obstante, se sugiere generar un repositorio con las evidencias del control, toda vez que se encuentran en el correo electrónico del responsable y no es fácil generar trazabilidad de las mismas.

El quinto control: *"Los gestores de Prueba y los estadísticos de la Subdirección de Estadísticas, previa entrega de análisis de ítem, revisan la información enviada por la Subdirección de Estadísticas y la reportada por los gestores, así como en el módulo de análisis de ítems establece alertas sobre los resultados estadísticos del ítem a revisar y los criterios de análisis para tener en cuenta por parte de los gestores de pruebas, mediante reportes realizados por correo electrónico entre los contratistas encargados de Diseño de Instrumentos, y módulos de analitem. En caso de identificar inconsistencias se debe devolver a los gestores de prueba de la Subdirección de Diseño de Instrumentos, para realizar ajustes y generar un nuevo reporte, en caso de no recibir de forma oportuna los insumos, se debe realizar el reporte al área encargada."* Se evidencia que su diseño y su efectividad son adecuados.

- ↓ En cuanto riesgo con ID: GCP2-GC, se encuentra que este se ha **materializado** en la vigencia y que se han generado



Salidas No Conformes al proceso. El riesgo cuenta con 5 controles asociados al mismo, de los cuales se evidencia que su diseño y su efectividad son parcialmente adecuados, toda vez que el riesgo se ha materializado en la vigencia asociado a las causas determinadas en los controles. Frente a la materialización, se evidencia que se encuentra en ejecución un plan de tratamiento con ID PA193-009, el cual tiene fecha de finalización en la matriz de riesgos el 31/12/2019. No obstante, en el aplicativo DARUMA se registra como fecha de terminación el día 31/05/2020, motivo por el cual se recomienda actualizar la fecha en la matriz de riesgos. Así mismo, se recomienda fortalecer los controles existentes con el fin de disminuir el riesgo residual y evitar que se siga generando la materialización del mismo.

### GCO - GESTIÓN DE COMUNICACIONES

- Este proceso ha identificado un riesgo, valorado en zona de riesgo extrema, motivo por el cual se propuso un plan de mitigación con fecha final del 31 de diciembre de 2019 y el cual actualmente se encuentra en ejecución.

↓ Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que el riesgo con ID: GCO1-GC cuenta con dos controles asociados; el primer control: *"Los profesionales de la OACM, cada vez que las áreas soliciten divulgar una información, validará esta, mediante la revisión de diligenciamiento total y claro de los formatos establecidos para cada pieza. En caso de no tener la información completa, se solicitará la corrección del formato mediante correo electrónico al área solicitante."* Es gestionado de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas frente a su diseño y a su efectividad.

En cuanto al segundo control, el cual establece: *"Los profesionales de la OACM, cada vez que se necesite reforzar información, validará la misma. En el caso de no obtener respuesta oportuna, los profesionales deberán contactar a las personas encargadas y generar una reunión con el fin de solventar dudas."*, se evidencia que su diseño y efectividad son parcialmente adecuadas, toda vez que no se encuentra documentado, ni hay evidencia del mismo. Sin embargo, a través del plan de mitigación en ejecución se está realizando la documentación con el fin de fortalecer el control.

- No se presentó la materialización de riesgos.

↓ Finalmente, se observó que, en el proceso de Gestión de Comunicaciones, existen actividades de control asociadas a riesgos significativos, como son: Definición inapropiada de la población objetivo de las campañas de comunicaciones, falta de posicionamiento o posicionamiento equivocado de la gestión del Icfes a las partes interesadas y el No logro del cubrimiento deseado en las campañas de comunicaciones realizadas, los cuales no se encuentran identificados en la matriz de riesgos del proceso.

### GDI - GESTIÓN DE INVESTIGACIÓN

- Este proceso ha identificado dos (2) riesgos, valorados en zona de riesgo residual baja, motivo por el cual no se propusieron planes de acción de mitigación.

• Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que los controles asociados a los riesgos GDI1-GC y GDI2-GC son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas frente a su diseño y a su efectividad.

↓ No obstante, se recomienda mejorar la documentación del control: *"El jefe de la Oficina de Gestión de Proyectos de Investigación, tras conocer las investigaciones que serán financiadas, designará un asesor que brindará apoyo a los*



Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 8 de 21

investigadores y tendrá la responsabilidad de dar una aprobación, sobre los entregables y el informe final, que permita que la financiación del proyecto se haga efectiva. El asesor enviará su aprobación y hará evidente su acompañamiento mediante un correo electrónico, adicionalmente, para tal acompañamiento los estudiantes de posgrado contarán con un tutor de la institución en la que están, el cual deberá enviar una carta que haga constar su acompañamiento. En el caso de que el asesor designado no pueda cumplir su labor, se designará otro asesor para dar acompañamiento y aprobación”, ya que no se encuentran claramente identificadas las actividades de control y responsables en el procedimiento: GDI- PR001- “Realización de Convocatorias y Ejecución de Proyectos Externos de Investigación Financiados por el Icfes”, vigente en DARUMA. No obstante, la Dependencia manifestó que dicho procedimiento se encuentra en actualización y en la misma se tienen en cuenta estas especificaciones.

- Se destaca que frente al análisis de riesgos de la realización de Seminarios y/o Talleres, hubo una optimización en el diseño de los controles, como se sugirió en el informe N° 20181300090063 del 31/12/2018, toda vez se contemplaron riesgos asociados al NO cumplimiento del objetivo del Seminario, los cuales no se evidenciaron en la vigencia pasada.
  - No se presentó la materialización de riesgos.
- ↓ No se evidencian riesgos asociados a los procedimientos: GDI-PR003 - Producción de Investigación Aplicada y GDI – PR004 - Producción de Herramientas de Monitoreo y Seguimiento de la Calidad de la Educación en Colombia, motivo por el cual se sugiere que se realice una evaluación de la pertinencia de analizar riesgos y controles asociados a éstos, con el fin de mitigar posibles debilidades en los procesos. No obstante, la Dependencia manifestó que serán revisados con la actualización documental que se encuentran adelantando.

### GAB - GESTIÓN DE ABASTECIMIENTO

Este proceso ha identificado cuatro riesgos, valorados uno en zona residual moderada y tres en zona residual baja. Durante la revisión de los controles asociados a los riesgos identificados, se pudo evidenciar:

- El riesgo con ID: GAB1- GC valorado en zona de riesgo residual moderada, cuenta con dos controles y con dos planes de mitigación actualmente en ejecución. En cuanto al primer control: “El profesional encargado del proceso contractual, cada vez que se requiera según complejidad, verifica la coherencia de las necesidades, mediante la concertación de las condiciones precontractuales y contractuales en mesas de trabajo con el área solicitante y enviando correo electrónico con compromisos de esta. En el caso de no realizarse las mesas de trabajo, el profesional enviará correo electrónico con las recomendaciones”, se verifica que su diseño y efectividad son adecuados. No obstante, se recomienda generar un repositorio con las evidencias del control que permita validar la trazabilidad de cada caso, toda vez que las evidencias se encuentran en los correos de cada profesional o expediente y no de forma centralizada. De igual forma, se verifica que el control cuenta con un plan de acción con el fin de fortalecer la documentación del control y que éste se encuentra en ejecución con fecha final de 15 de diciembre de 2019.
- En el caso del segundo Control: “El profesional encargado del Plan Anual de Adquisiciones cada 8 días, valida el avance de ejecución del Plan Anual de Adquisiciones mediante el seguimiento de este y reporta al Subdirector Financiero el incumplimiento de fechas para ser socializado al Comité Directivo. En el caso de no realizar seguimiento se realizan mesas de trabajo cada 4 meses con las áreas en donde se envía compromisos mediante correo electrónico”, se verifica que su diseño es parcialmente adecuado toda vez que no se encuentra documentado y su efectividad es adecuada. De igual forma, se verifica que el control cuenta con un plan de acción con el fin de fortalecer el control y que éste se encuentra en ejecución con fecha final 30 de noviembre de 2019. Dado lo anterior se recomienda la documentación del control.





- ↓ El riesgo con ID: GAB2- GC valorado en zona de riesgo residual moderada, cuenta con dos controles y con un plan de mitigación actualmente en ejecución; para ambos controles, se verifica que su diseño es parcialmente adecuado toda vez que no se encuentran documentados y el tiempo transcurrido desde la implementación de los mismos no permite inferir acerca de la efectividad, dado lo anterior se recomienda realizar la documentación de los controles y realizar seguimiento por parte del proceso con el fin de establecer su efectividad. En este mismo sentido, se verifica que el riesgo cuenta con un plan de mitigación, con el fin de implementar un control para la causa: "Uso inadecuado de los bienes por parte de los colaboradores del Icfes durante la custodia del bien", la cual actualmente no cuenta con un control.
- ↓ El riesgo con ID GAB3-GC, valorado en zona residual baja, no cuenta con controles establecidos, sin embargo, se adelantan dos planes de mitigación con el fin de establecer controles a las causas analizadas del riesgo. Dichos planes tienen fecha de finalización el 31 de diciembre de 2019.
- ↓ El riesgo con ID GAB3-GC, valorado en zona residual baja, cuenta con tres controles asociados y con dos planes de mitigación actualmente en ejecución. Para el caso de los tres controles se pudo establecer que su diseño es parcialmente adecuado toda vez que no se encuentran documentados, no obstante, se verifica que son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas frente a su efectividad. De igual forma, se valida que se establecieron dos planes de acción con el fin de fortalecer los controles que actualmente se encuentran en ejecución y cuyas fechas finales son 31 de octubre y 31 de diciembre de 2019.

### GDC – GESTIÓN DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Este proceso ha identificado cuatro (4) riesgos: *GDC1-GC Incumplimiento de la meta de construcción de ítems para la vigencia, GDC2-GC Entrega al banco de pruebas e ítems, de un ítem que no cumpla con los criterios técnicos y de calidad, GDC3-GC Elaboración de marcos de referencia que no cumplen con los requisitos de calidad establecido, GDC4-GC Ineficacia en la gestión de comités técnicos de área, que no permita mejorar la evaluación de los exámenes aplicados.* Los cuatro (4) riesgos están valorados en riesgo residual bajo, por lo tanto, no requieren Plan de Tratamiento.
- Durante la revisión de los riesgos efectuada, se pudo evidenciar que los 11 controles definidos por el proceso controlan, previenen o mitigan el riesgo, además son gestionados de manera adecuada manteniéndose evidencias objetivas frente a su efectividad.
- ↓ Se identificó que, de los 11 controles definidos por el proceso, 7 son adecuados en su diseño, se encuentran documentados, tienen una periodicidad establecida y se define un responsable. Sin embargo, se presenta debilidad en cuatro controles (GDC1-GC C1, C2 y C3 / GDC4-GC C3) toda vez que, aunque son apropiados para la causa asociada al riesgo, no se encuentran documentados.
- No se presentó la materialización de riesgos, ni se reportaron hallazgos de auditorías o seguimientos previamente realizados, sin embargo, el proceso plantea Plan de Materialización para sus cuatro riesgos en caso de presentarse.
- Se evidencia mejora en la identificación de riesgos y controles respecto al ejercicio realizado en la vigencia 2018.

### Recomendaciones



Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 10 de 21

- Frente al riesgo GDC1-GC *"Incumplimiento de la meta de construcción de ítems para la vigencia"*, se recomienda ajustar la causa *"Insuficiente presupuesto para el contrato de construcción de ítems, asignado por Secretaría General durante la etapa de contratación de servicios"* por *"Inadecuada Planeación de los Recursos requeridos para la construcción de ítems"* con el fin de contemplar tanto el presupuesto como la información requerida para la Planeación, indicado en sus controles *"El Líder de proceso, anualmente, solicitará el plan de compras del área, teniendo en cuenta las necesidades de contratación para la construcción de ítems de la vigencia posterior. En el caso de no poseer la información sobre los requerimientos de construcción de ítems de proyectos de evaluación se solicitará la información por comunicación interna a la Oficina de OAP"* y *"El líder de proceso, cada vez que se firma un proyecto nuevo de evaluación en el Instituto, validará la disponibilidad de los recursos para construcción de nuevos ítems, solicitando presupuesto adicional al plan de compras del área en relación al alcance de las nuevas pruebas. En el caso de no poseer la información sobre los requerimientos de construcción de ítems de proyectos nuevos de evaluación se solicitará la información por comunicación interna a la Oficina de OAP"*, además, teniendo en cuenta que la aprobación del presupuesto no depende del proceso, por lo que no puede controlarse. Por otra parte, frente al segundo control, aunque es adecuado, se recomienda ajustar su redacción ya que es la OAP la que hace la solicitud de adición presupuestal a la Subdirección Abastecimiento, dependiendo de la estimación del presupuesto requerido por la Subdirección de Diseño de Instrumentos, por lo que hay que dar mayor claridad de cómo se realiza la actividad entre los procesos involucrados.
- Se recomienda ajustar la descripción del riesgo GDC2-GC *"Entrega al banco de pruebas e ítems, de un ítem que no cumpla con los criterios técnicos y de calidad"* por *"Entrega al banco de pruebas e ítems, de un ítem que no cumpla con los criterios técnicos y de conceptualización"* teniendo en cuenta que los criterios Técnicos y de Conceptualización hacen parte de los criterios de calidad del ítem, y tanto las causas como los controles hacen referencia a estos dos criterios.
- Respecto al Riesgo GDC3-GC, C2 *"El corrector de estilo SDI cada vez que se va a aprobar un documento, revisa gramática, coherencia, ortografía, cohesión, semántica, recepción y adecuación de normas de presentación, mediante la lectura del documento y comentarios sobre mismo. En caso de que le documento presente algún error sobre los aspectos tenidos en cuenta por el corrector, se devuelve al constructor para el ajuste del mismo. La evidencia de este control son los documentos con comentarios"*, se recomienda establecer un repositorio de las evidencias generadas, ya que actualmente los documentos con las correcciones y definitivo reposan en el correo electrónico del corrector de estilo y el constructor, dificultando su acceso.
- Para el riesgo GDC4-GC, se proponen las siguientes recomendaciones:

La causa *"Dificultad para conseguir las personas que cumplan el perfil requerido para asesorar los comités, por parte de la secretaria técnica, durante la etapa de gestión de los comités"*, se recomienda incluir como control adicional a esta causa, la revisión de las hojas de vida frente a los perfiles requeridos que actualmente se realiza en los Precomités y de los cuales se evidenciaron actas.

El control *"La Secretaría Técnica trimestralmente verifica la información de los comisionados y asesores, mediante la actualización de la base de datos según la evaluación participación en los comités. En caso de que un asistente no se encuentre en la base de datos, la secretaria técnica procederá a registrarlo. La evidencia de este control son la base de datos actualizadas"*, aunque se evidenció la base de datos con la información de los participantes, ésta se encuentra desactualizada dado que el archivo original actualizado se ubica en la carpeta compartida del proceso, a la cual no se tiene acceso hace más de un mes por dificultades tecnológicas, se recomienda disponer de otros repositorios como Drive como copia de seguridad.

Por otra parte, aunque en la descripción propia del control se define su ejecución trimestral, ésta no se define en el *"Protocolo para el desarrollo de Comités Técnicos de área GDC-GU002"* donde se documenta el control.



El control "La Secretaría Técnica cada vez que se proyecte la gestión de un comité, apoya a los gestores de pruebas en la gestión logística de la reunión, asegurando que los asesores y comisionados participen de la jornada, por medio del contacto directo sea telefónico o vía email. En caso de que algún comisionado o asesor no pueda asistir al comité, la Secretaría Técnica moverá la fecha del comité o conseguirá un nuevo participante, avisando de esta modificación a los gestores encargados. La evidencia de este control se encuentra en el correo institucional de la Secretaría Técnica", aunque se encuentra documentado, se recomienda alinearlo con lo descrito en el procedimiento, ya que en la matriz de riesgos se define "Frecuencia: Cuando Ocurra" y el procedimiento indica "Garantizar la gestión de la invitación y condiciones de participación de los integrantes del CTA mediante correo electrónico, con una antelación no inferior a cuarenta y cinco (35) días calendario de la fecha prevista para la sesión, una vez la Secretaría Técnica consolide la información inicial de la prueba o módulo que fue entregada por la Subdirección de Estadística", también se debe actualizar el procedimiento definiendo si son 35 o 45 días, ya que se contradice lo descrito.

La causa "Insuficiente presupuesto para llevar a cabo la gestión del comité, así como el pago de los comisionados y asesores" se recomienda ajustarla por "Inadecuada Planeación de los Recursos requeridos para llevar a cabo la gestión del comité, así como el pago de los comisionados y asesores" con el fin de contemplar tanto el presupuesto como la información requerida, de acuerdo al control asociado "El Líder de proceso, anualmente, solicitará el plan de compras del área, teniendo en cuenta las necesidades de gestión de comités técnicos de área de la vigencia posterior. En el caso de no poseer la información sobre los requerimientos de gestión de comités técnicos de área, se solicitará la información a la Secretaría Técnica. Las evidencias de este control son: solicitud de plan de compras y correo electrónico" además teniendo en cuenta que, la aprobación del presupuesto no depende del proceso por lo que no puede controlarse.

### GAI – GESTIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

Este proceso ha identificado seis (6) riesgos: GAI1-GC Incumplimiento de realización de pruebas, GAI2-GC Afectaciones en la aplicación de la prueba, GAI3-GC Inconsistencias en la calidad de impresión del material de examen, GAI4-GC Posibilidad de afectar los procesos productivos de las pruebas (impresión, empaque, transporte y lectura), GAI5-GC Inconsistencia en el proceso de distribución de material de examen (empaque secundario, terciario y transporte), GAI6-GC Posibilidad de afectar la entrega de la lectura: string de respuestas, imágenes de hojas de respuesta de comunicación escrita, planos de arquitectura y registro de asistencia. El riesgo GAI1-GC está valorado en riesgo residual alto, los otros 5 riesgos están valorados en riesgo residual moderado, por lo tanto se requiere el planteamiento de tratamiento (mitigación) para todos los riesgos.

- Durante la revisión de los riesgos efectuada, se pudo evidenciar que, de los (veintiún) 21 controles definidos por el proceso, 15 son adecuados en su diseño, controlan, previenen o mitigan el riesgo, además son gestionados de manera adecuada manteniéndose evidencias objetivas frente a su efectividad.
- ↓ El control GAI3-GC, C1 "El subdirector de Aplicación de Instrumentos, cada vez que se realice la contratación del operador, valida requisitos mínimos de impresión, mediante la definición de anexos técnicos teniendo en cuenta anexos técnicos de vigencias anteriores, lecciones aprendidas y las necesidades propias del proceso. En caso de que el anexo no obedezca a la necesidad del proceso, se solicita al equipo de la subdirección incluir las especificaciones faltantes", no está documentado, ni se encuentran evidencias de su implementación, por lo que se recomienda definirlo como Plan de Tratamiento hasta lograr su correcta documentación y se soporte su ejecución.
- ↓ El control GAI3-GC, C4 "El profesional encargado de seguimiento del operador de impresión, antes de iniciar el proceso de impresión y conforme al cronograma de prueba, garantiza que los cuadernillos sean impresos de acuerdo con el requerimiento, mediante envío de correo electrónico del diccionario, mapeo y caída de datos de material de examen al operador de impresión al operador. En caso de no tener el diccionario de datos oportunamente se solicita a la Dirección de Tecnología" es adecuado



en su diseño, tiene una periodicidad establecida y se define un responsable, sin embargo, el documento "Anexo Técnico" definido en la Matriz de Riesgos del Proceso como el documento a través del cual se documenta el control, no describe la actividad propia del control, por lo que se debe documentar apropiadamente en el procedimiento correspondiente.

- ↓ El Control GAI4-GC, C1 "Los líderes de los procesos a diario y durante la ejecución de los procesos productivos, valida el cumplimiento de las actividades, mediante el monitoreo de los reportes diarios de auditoría, novedades, solicitudes de los operadores y seguimiento a los sistemas de información. En el caso de no tener la información se visualiza los videos de cada proceso productivo" aunque en la Matriz de Riesgos del Proceso se tiene definida la frecuencia y el responsable del control, pero no se encuentra definida en el Procedimiento GAI-PR004 "CONTROL DE PROCESOS PRODUCTIVOS" donde se documenta el control, por lo que debe complementarse su definición para garantizar el adecuado diseño del control.
- ↓ El control GAI4-GC, C2 "Los líderes de proceso, al momento de presentarse un imprevisto, validan la ejecución del plan de contingencia, mediante la solicitud formal (correo u oficio) al operador de la ejecución conforme al documento presentado y la aplicación de auditorías extraordinarias en sitio verificando la ejecución del mismo. En el caso de no realizarse las auditorías en sitio se solicita al operador enviar evidencias de la ejecución del plan" no previene o mitiga el riesgo, se ejecuta luego de que se ha materializado el riesgo, por lo que se recomienda incluirlo dentro de las actividades de Plan de Materialización.
- ↓ El control GAI1-GC, C2 "Manuales por rol y evaluaciones por rol de aplicación" no se define con claridad cuál es el control aplicado, se debe ampliar la redacción describiendo claramente la actividad realizada. Adicionalmente, el control no se encuentra documentado.
- ↓ El control GAI4-GC, C3 "Los líderes de los procesos, durante la operatividad validan la entrega de los insumos necesarios a los operadores para la continuidad de las actividades productivas mediante al seguimiento al cronograma interno de trabajo del equipo. Al momento de presentarse una novedad en las entregas el respectivo líder genera una notificación al responsable de la actividad vía correo electrónico conforme al conducto establecido" aunque en la Matriz de Riesgos del proceso se tiene definida la frecuencia "Cuando Ocurra", ésta no se encuentra documentada, como tampoco corresponde a la periodicidad expresada por el proceso durante el presente seguimiento "Frecuencia diaria"
- ↓ Riesgo GAI1-GC Incumplimiento de realización de pruebas: El riesgo se materializó en el año 2017, en el que se reprogramó la prueba Saber 11B en Mocoa por causa de una avalancha. Se recomienda incluir como causa para este riesgo "Cancelación o reprogramación de pruebas por razones externas no controlables (ambientales, orden público, condiciones de infraestructura del sitio de aplicación, etc.)" con los controles que actualmente se aplican como los Planes de Contingencia que establece el Operador por requisito en el Anexo Técnico. El Plan de materialización definido en la matriz no aplica para la causa planteada.
- ↓ El riesgo GAI2-GC Afectaciones en la aplicación de la prueba, no se tiene un Plan de Tratamiento (Mitigación) definido, incumpliendo lo definido en el procedimiento "PDE-MN002 GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES" numeral 4.3.2, literal b. Evaluación de Riesgos "para los riesgos que se encuentran en la zona de riesgo moderada, zona de riesgo alta y zona de riesgo alta, los planes de mitigación de riesgos son obligatorios"
- Se evidencia mejora en la identificación de riesgos y controles respecto al ejercicio realizado en la vigencia 2018.
- ↓ Sin embargo, se evidenció la **materialización** de los siguientes riesgos:



Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 13 de 21

**GAI2-GC Afectaciones en la aplicación de la prueba: Riesgo materializado en las pruebas:**

- SABER T&T 2019, de 6.385 examinadores que apoyaron la aplicación de las pruebas, 76 cometieron errores durante la aplicación de la prueba.
- SABER 11 CALENDARIO B 2019: de 6.131 examinadores que apoyaron la aplicación de las pruebas, 60 examinadores cometieron errores durante la aplicación.

Para los dos casos se ejecutó el plan de materialización establecido para este riesgo.

**GAI3-GC Inconsistencias en la calidad de impresión del material de examen: Riesgo materializado en las siguientes pruebas:**

- SABER T&T:  
2018, 34 casos con inconsistencias en el material de impresión.  
2019: 13 casos con inconsistencias en el material de impresión.  
Variación: -11%
- SABER 11 B 2019  
2018: 9 casos con inconsistencias en el material de impresión.  
2019: 8 casos con inconsistencias en el material de impresión.  
Variación: -62%
- SABER 11A 2019  
2018: 520 casos con inconsistencias en el material de impresión.  
2019: 29 casos con inconsistencias en el material de impresión.  
Variación: -94%

En los tres casos de materialización se cuenta con soportes de la ejecución del plan de materialización definido para este riesgo, sin embargo, se recomienda incluir dentro del Plan de Materialización otras actividades que actualmente se realizan, como el uso de material de ausentes y los planes de contingencia definidos con el operador, además de la solicitud al operador de planes de mejoramiento sobre las novedades reportadas.

**GAI4-GC Posibilidad de afectar los procesos productivos de las pruebas (impresión, empaque, transporte y lectura):** El riesgo se materializó en las pruebas Saber 11A 2019 y Saber Pro 2019 por la causa "No disponibilidad de los reportes requeridos por los operadores (Biblias, fichas técnicas, artes de material de examen y de aplicación) por parte del ICFES en la fecha definida en el cronograma", se evidenció la ejecución del plan de materialización definido.

**GAI5-GC Inconsistencia en el proceso de distribución de material de examen (empaque secundario, terciario y transporte):** El riesgo se materializó en las pruebas Saber T&T 2019 y Saber 11B 2019, la variación en novedades presentadas en el proceso de distribución durante la aplicación de la prueba fue de 862,96, con 27 novedades en el 2018 y, 260 novedades en el 2019. Por lo anterior se recomienda validar los controles que se tienen definidos, fortalecerlos o establecer nuevos controles. Se demostró la aplicación del Plan de Contingencia en la materialización de los riesgos, sin embargo, se recomienda solicitar al operador Plan de mejoramiento como resultado del reporte de novedades presentadas.

**GAI6-GC Posibilidad de afectar la entrega de la lectura: string de respuestas, imágenes de hojas de respuesta de comunicación escrita, planos de arquitectura y registro de asistencia:** El riesgo se materializó en las pruebas Saber T&T 2019 y Saber 11B 2019, la variación de novedades que impactaron de manera negativa el proceso de lectura en los procedimientos de aplicación del ICFES, fue de -67.09%, con 79 novedades en el 2018 y 26 novedades en el 2019, lo que evidencia efectividad en los controles establecidos. Se demostró la aplicación del Plan de Contingencia en la materialización de los riesgos, sin embargo, se recomienda solicitar al operador Plan de mejoramiento como resultado del reporte de novedades presentadas.



## Recomendaciones

- Frente al riesgo GAI1-GC "Incumplimiento de realización de pruebas":

C1 "Falta de actualización de información en el sistema de los sitios para la aplicación de pruebas, por parte de los profesionales encargados de registro y citación": Aunque se tiene definida la frecuencia "Trimestral" en la Matriz de Riesgos del proceso, ésta no se encuentra definida en el Procedimiento GAI-PR002 donde se documenta el control, se recomienda incluirlo. Adicionalmente, aunque se tiene como evidencia del control el reporte generado del aplicativo PRISMA y su envío por correo electrónico, ésta no se define en la Matriz de Riesgos del Proceso, se recomienda incluirlo.

C3 "Cancelación del préstamo de sitio de aplicación por parte de las personas encargadas del sitio, después de publicación de la citación": Aunque se tiene documentado el control, el documento mencionado en la matriz de riesgos "GAI-PR003 ASEGURAMIENTO DE RECURSO HUMANO actividad 13" no corresponde, el control se encuentra documentado en el procedimiento "GAI-PR002 APROVISIONAMIENTO DE PLANTA FÍSICA actividad 9"

- Frente al riesgo GAI2-GC "Afectaciones en la aplicación de la prueba":

C1 "En cada prueba contar con personal adicional capacitado con el fin de cubrir algún imprevisto y no impactar el desarrollo de la aplicación, solicitando al operador logístico de aplicación contar con suplentes para cada uno de los roles y así cubrir cualquier faltante de los examinadores en los sitios de aplicación": Aunque el control se documenta en el Anexo Técnico del contrato, se recomienda incluir esta condición en uno de los procedimientos del proceso para asegurar que se mantenga para la celebración de los contratos futuros.

Adicionalmente, aunque se evidencia la definición del requisito de suplencia en el Anexo Técnico del Contrato, se cuenta con el cuadro de nombramiento de los roles asignados por el Operador y la capacitación realizada a los mismos, no se evidencia el listado de asignación del personal suplente y su capacitación, por lo que se recomienda documentar esta parte con su respectivo soporte.

C2 "Los profesionales del equipo interno de aplicación realizan monitoreo a la ejecución de los talleres prácticos de nivel 2 y 3 previo a la fecha de aplicación de cada prueba para fortalecer la formación de los examinandos en los procedimientos y protocolos establecidos para cada rol, mediante el seguimiento al cronograma establecido con el operador de aplicación. Al observarse novedades las mismas son reportadas por los profesionales al coordinador de proceso para que el mismo notifique al operador": Aunque se documenta el Monitoreo a la realización del taller práctico de nivel 2 y nivel 3, no se incluye la acción realizada cuando se presentan novedades en dicho monitoreo, se recomienda complementar lo descrito en el procedimiento en el cual se documenta.

- Frente al riesgo GAI3-GC "Inconsistencias en la calidad de impresión del material de examen":

C5 "El operador de impresión, de acuerdo con la información registrada en la biblia del material de examen priorizada y conforme al cronograma de actividades, garantiza el correcto emparejamiento de las hojas de respuesta con los cuadernillos, mediante la lectura de los códigos de barras de cada uno de los elementos mencionados. En caso de encontrar alguna novedad en dicho emparejamiento el operador deberá hacer reposición total del material de examen", aunque el control se documenta en el Anexo Técnico del contrato, se recomienda incluir esta condición en uno de los procedimientos del proceso para asegurar que se mantenga para la celebración de los contratos futuros.



Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 15 de 21

- Frente al riesgo GAI5-GC "Inconsistencias en la calidad de impresión del material de examen":

C1 "Los profesionales del grupo control de procesos productivos, diariamente durante los procesos productivos, verificar coincidencia del material y que los procesos de empaque sean coherentes al anexo técnico, mediante auditorías muestrales validando coincidencia de bolsas de seguridad empacadas en el contenedor versus rotulo del contenedor; cantidad de insumos (caja, tula, tijeras, cinta, precintos por contenedor, precintos por tula y kits tifológicos); coincidencia de precintos, número y cantidades de contenedores; cantidad de paquetes registrados en el rotulo por contenedor versus recibo de entrega y recolección. En caso de que ocurra una caída en el sistema de información de empaque, se posterga la auditoría y se reporta al área de tecnología del operador", aunque en la Matriz de Riesgos del proceso se tiene definida la frecuencia "Diaria", ésta no se encuentra documentada.

C2 "El líder proceso cada vez que se contrate el operador de distribución, garantiza que el proceso de empaque se ejecute debidamente, mediante la incorporación en el anexo técnico del plan de capacitaciones para los operarios del proceso de empaque", aunque el control se documenta en el Anexo Técnico del contrato, se recomienda incluir esta condición en uno de los procedimientos del proceso para asegurar que se mantenga para la celebración de los contratos futuros.

Adicionalmente, aunque se evidencia el Anexo Técnico con la definición de capacitaciones para los operarios de empaque, se recomienda incluir como evidencia los soportes de las capacitaciones realizadas.

- Frente al riesgo GAI6-GC "Posibilidad de afectar la entrega de la lectura: string de respuestas, imágenes de hojas de respuesta de comunicación escrita, planos de arquitectura y registro de asistencia":

C1 "El profesional del equipo de control de procesos productivos, anterior a la aplicación de la prueba capacita al representante del operador de distribución en los procedimientos de empaque de material de examen y hojas de respuestas; Durante la aplicación se realiza monitoreo del proceso para poder solucionar en tiempo real las novedades que se puedan presentar y posterior a la aplicación se realiza el proceso de auditoría de desempaque y lectura. En el caso de hallazgo de novedades se notifica al operador para que dé respuesta y soluciones la situación", aunque se documenta en el procedimiento de Control de Procesos Productivos lo referente al Monitoreo y la Auditoría de desempaque y lectura, donde también se define el responsable y su frecuencia de aplicación, no se incluye lo referente a la capacitación del representante del operador de distribución, por lo que debe documentarse lo concerniente a esta actividad.

Adicionalmente, se recomienda incluir dentro de la Matriz de Riesgos del proceso, como registro para este control las listas de asistencia de la capacitación que actualmente se tienen como soporte.

C3 "El profesional del equipo de control de procesos productivos, posterior a la aplicación de la prueba realiza el seguimiento de las fechas acordadas con el operador, así como con los profesionales de la Dirección de Producción y Operaciones para la entrega y aprobación del string. En el caso de hallazgo de novedades reportadas por los profesionales de la Dirección de Producción y Operaciones se notifica al operador de lectura para que dé respuesta y soluciones la situación", la actividad referente a la notificación al operador de lectura de las novedades presentadas se documenta en el Procedimiento de Procesamiento y cargue de lectura, se recomienda incluirlo en la matriz de riesgos del proceso. De igual manera, incluir como evidencia el Archivo de validación de lectura enviado por correo electrónico.

Adicionalmente, la actividad referente a la notificación al operador de lectura de las novedades presentadas se documenta en el Procedimiento de Procesamiento y cargue de lectura, se recomienda incluirlo en la matriz de riesgos del proceso. De igual manera, incluir como evidencia el Archivo de validación de lectura enviado por correo electrónico.

- Durante el proceso de revisión de riesgos y controles, se identificó que una de las causas que genera incumplimiento o que afecta la realización de pruebas, es el cambio del contratista (Operador) por lo que se recomienda incluirlo en la



matriz de riesgos como una de las causas y establecer controles que eviten o mitiguen la materialización del riesgo.

### GDO - GESTIÓN DOCUMENTAL

Este proceso ha identificado dos (2) riesgos (Inadecuada administración de los archivos del Icfes y Pérdida o deterioro de memoria institucional del Icfes), valorados en riesgo residual así: R1 en zona de riesgo moderada y R2 en zona de riesgo alto, motivo por el cual se propusieron acciones en el plan de tratamiento.

- Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que los controles asociados a los riesgos deben ser reforzados y documentados de tal manera que se mantengan evidencias objetivas frente a su diseño y a su efectividad.

↓ Sin embargo, frente a los controles diseñados para el riesgo R1: *Inadecuada administración de los archivos del Icfes*, se evidencia que su diseño es parcialmente adecuado, toda vez que se planteó dentro de otras actividades: capacitaciones y acompañamiento a las áreas, haciendo falta los métodos para medir la eficacia de éstas, ya que a la fecha esta actividad no permite evaluar la efectividad del mismo.

Por lo señalado, se sugiere revisar el objetivo del control, de manera tal que se pueda medir que los funcionarios están desarrollando las actividades de manera adecuada, que se minimice el reproceso en las acciones archivísticas por falta de entrenamiento y así evaluar la conducta final de los funcionarios de la Entidad. También es importante que se documenten estas acciones dentro del procedimiento.

- Para el R2, *"Pérdida o deterioro de memoria institucional del Icfes"*, se evidencia que el Instituto no cuenta actualmente con controles, toda vez que el proceso de gestión documental se encuentra en proceso de tercerización, con el objeto de que una empresa externa se encargue de la administración del archivo. El Archivo General de la Nación (AGN), de acuerdo con solicitud realizada por el Icfes, realizó visita a los espacios ubicados en la Calle 19 No. 6-68, con funcionarios de Conservación y Restauración del Patrimonio Documental; como resultado de dicha visita se generaron observaciones y conclusiones de la evaluación física del archivo, las cuales pueden generar materialización del riesgo de pérdida de memoria institucional. A la fecha, se tiene establecido un Plan de Acción con el fin de atender las observaciones del Archivo.

### PDE - PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Este proceso ha identificado tres (3) riesgos (Inadecuada definición de lineamientos estratégicos institucionales, incumplimiento de la formulación del anteproyecto de presupuesto y formular herramientas de gestión inadecuadas), valorados en riesgo residual así: R1 en zona de riesgo alta, el R2 en zona de riesgo moderada y el R3 en zona de riesgo alta, motivo por el cual se propusieron acciones en el plan de tratamiento.

- Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que los controles asociados a los riesgos son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas frente a su diseño y a su efectividad.

↓ Sin embargo, frente al riesgo R1, se evidencia que su diseño es parcialmente adecuado, toda vez que lo que se planteó inicialmente ya fue documentado, implementado y controlado durante la vigencia actual. Por tanto, se recomienda actualizar la matriz y la valoración del control de tal manera que se establezcan nuevas fuentes o factores





Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 17 de 21

de riesgo y que puedan afectar el logro de los objetivos de la entidad.

- Para el R2, se evidencia que los controles asociados son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas frente a su diseño y a su efectividad. Se recomienda actualizar la ruta de evidencia de la ejecución del control.
  - Para el R3, "formular herramientas de gestión inadecuadas", se evidencia que los controles asociados son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas frente a su diseño y a su efectividad.
- ↓ Sin embargo, se recomienda la identificación de riesgos específicos para la Gestión de los Riesgos del instituto, teniendo en cuenta la importancia para la toma oportuna de decisiones, afectación a la consecución de los objetivos y efectividad de los controles implementados.
- Así mismo, se recomienda la identificación del riesgo de seguridad de la información relacionado con la usabilidad del aplicativo DARUMA, teniendo en cuenta que la administración está a cargo de la Oficina Asesora de Planeación.

#### **GTH - GESTIÓN DE TALENTO HUMANO**

Este proceso ha identificado seis (6) riesgos: *Incumplimiento en la liquidación mensual de la nómina, Incumplimiento de las normas legales con el procedimiento de selección y vinculación, no contar con una base de capital humano idóneo, motivado y capacitado, retiro del personal de planta, incumplir normatividad vigente del SGSST y la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales*, valorados en riesgo residual así: R1 y R2 en zona de riesgo moderada, el R3, R4, R5 y R6 en zona de riesgo baja, y cuentan con acciones en el plan de tratamiento.

- ↓ Durante la revisión, se pudo evidenciar para el riesgo R1, que este cuenta con 3 controles, los cuales no se están implementando, no son efectivos, no tienen establecido un responsable, no cuentan con una periodicidad, no se establece el propósito de la actividad, así como tampoco los resultados que se esperan. Por tanto, se recomienda considerarlos nuevamente desde su redacción y aplicabilidad, teniendo en cuenta las variables que se deben evaluar para un adecuado diseño de controles.
- Dentro de la revisión, se pudo evidenciar que los controles asociados a los riesgos R2, R3 y R4, son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas frente a su diseño y a su efectividad. Sin embargo, se recomienda dentro de la descripción del control, adecuar su frecuencia y validar que no se repita el mismo control dentro de cada riesgo.
  - Dentro de la revisión, se pudo evidenciar que los controles asociados a los riesgos R5 y R6, referentes al SGSST, son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas frente a su diseño y a su efectividad.
- ↓ Así mismo, se recomendó la identificación de riesgos en términos tecnológicos de la Herramienta ORACLE teniendo en cuenta que la nómina se encuentra bajo la administración de la Subdirección de Talento Humano. Por tanto, se hace necesario resguardar la integridad y disponibilidad de los datos sensibles de la entidad.

#### **GFI - GESTIÓN FINANCIERA**

Este proceso ha identificado cinco (5) riesgos: *Inconsistencia de la información financiera, pérdidas económicas, generar CDP o RP a un tercero que no corresponda, Inoportunidad de pagos y compromisos, incumplimiento en la aplicación de políticas y normatividad tributaria*, valorados en riesgo residual así: R1 en zona de riesgo extrema, el R2 en zona de riesgo alta el R3



Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 18 de 21

y R5 en zona de riesgo baja, y el R4 en zona moderada. Para todos los riesgos se propusieron acciones en el plan de tratamiento.

- Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que los controles asociados a los riesgos actuales generados por la Subdirección se encuentran bien diseñados, se están ejecutando para mitigar el impacto de los riesgos, cuenta con responsables y periodicidad específica y son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas.

↓ Sin embargo, se evidencia que no son concordantes al objetivo estratégico No. 3 del Plan Estratégico de la Entidad que establece *"Este objetivo obedece a una necesidad manifiesta de contar con un sistema de información financiera que permita hacer seguimiento y tomar decisiones basadas en un costeo contable de los productos y servicios ofrecidos. El cumplimiento del objetivo permitirá entre otros establecer la rentabilidad por prueba, cuantificar los niveles de compromiso y obligación, y hacer un mejor control a los pagos"*. Por tanto, se recomienda analizar los riesgos de tal manera que coadyuven al cumplimiento de lo establecido en los objetivos estratégicos y asegurar que la Subdirección consiga el logro de los mismos.

Así mismo, se sugiere tener en cuenta lo informado por la Oficina de Control Interno a la Subdirección respecto al cambio en el marco normativo y la entrada de la aplicación de las Normas Internacionales de Información Financiera, que considera pertinente elevar consulta a la Contaduría General de la Nación, en relación con la pertinencia de identificación de costos y gastos relacionados con los ingresos provenientes de la venta de servicios y además su registro en las cuentas de la clase 6 o del grupo 52, según sea el caso.

↓ Dentro de las actividades que hacen parte de la información financiera, la Oficina de Control Interno, dentro del Seguimiento efectuado a eKOGUI, evidenció diferencias en la provisión contable en la cuenta 2701 Provisión-Litigios y Demandas, así como también en la cuenta de orden 9120 en relación con los datos del reporte, por tanto, se recomienda analizar los riesgos respecto al cumplimiento de lo establecido en las políticas de Preparación de Estados Financieros establecidas en la entidad con el fin de asegurar el cumplimiento en cada una de las etapas que se tienen establecidas y contribuyan al logro de las mismas. Estas acciones pueden incluir el compartir el riesgo con la Oficina Asesora Jurídica.

↓ Así mismo, se recomienda la identificación del riesgo de seguridad de la información relacionado con la usabilidad de la herramienta ORACLE, teniendo en cuenta que la Subdirección es la responsable de coordinar, hacer seguimiento y verificación de la implementación de la herramienta para lograr un adecuado balance entre funcionalidad y seguridad.

- No se presentó la materialización de riesgo.

### **CSE - CONTROL Y SEGUIMIENTO**

Este proceso ha identificado dos (2) riesgos, valorados en riesgo residual así: **ID-CSE1-GC**: bajo trivial-3. **ID CSE3-GC**, bajo aceptable-4. Sobre el riesgo: *"Presencia de situaciones que afectan negativamente la ejecución del Plan Anual Auditoría de la vigencia"*, con riesgo residual bajo trivial-3, se han planteado dos (2) planes de acción de tratamiento, cuyas actividades se encuentran en ejecución. Sobre el riesgo: *"Deficiencia en la priorización de Procesos o Proyectos a auditar"* valorado en nivel bajo aceptable-4, no se plantearon planes de tratamiento.

- Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que los controles asociados a los riesgos **ID-CSE1-GC**, e, **ID CSE3-GC**, son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas frente a



su diseño y a su efectividad.

- Una vez revisadas las medidas de tratamiento para el riesgo: **ID-CSE1-GC**, que se encuentra en zona de riesgo bajo trivial-3, no requiere tratamiento, sin embargo, se evidencia un plan de tratamiento que se ha ejecutado de conformidad con la periodicidad establecida, y contribuye a su gestión eficaz manteniendo los factores generadores bajo control.
- No se presentó la materialización de riesgos.

### **GJU - GESTIÓN JURÍDICA**

Este proceso ha identificado dos (2) riesgos, (**GJU2-GC**; **GJU3-GC**) valorados en riesgo residual de nivel moderado, sobre los cuales se plantearon seis (6) acciones para el plan de tratamiento.

- ↓ Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que el diseño de los tres (3) controles asociados al riesgo **GJU2-GC**, y el control del riesgo **GJU3-GC** son parcialmente adecuados, ya que no se encuentran documentados. Al respecto, se recomienda documentar el diseño de los controles, con el fin de garantizar la seguridad jurídica en la representación judicial del Icfes. Sobre el diseño del control asociado al riesgo **GJU3-GC**, se recomienda que se le incluya el archivo de Excel que está manejando el área para el control de las actuaciones administrativas.
- ↓ Frente al control No. 3 del riesgo **GJU2-GC**, se evidenció que su efectividad es parcial, ya que se lleva un archivo diario de las entradas, pero no se evidencia un control de salida que permita corroborar si se cumplen los plazos previstos por la norma; igualmente no se evidencia que se estén llevando a cabo los comités de seguimiento frente a estas actuaciones que en meses pasado se venían ejecutando, por lo anterior el control no se realiza en forma completa. En este tema se recomienda retomar las actividades de control del comité de seguimiento que se venían ejecutando y el registro cronológico de salidas de los documentos.
- ↓ Una vez revisadas las medidas de tratamiento para los riesgos (**GJU2-GC**; **GJU3-GC**) con riesgo residual de nivel moderado 6, se evidencia que, sobre el riesgo **GJU2-GC**, se plantearon cinco (5) acciones para el plan de tratamiento, de los cuales no se han cumplido las actividades, ya que se encuentra en proceso de implementación documental con fecha final probable de 31 de diciembre de 2019. Se recomienda implementar, dentro del procedimiento, las acciones de control de tratamiento generadas, con el fin de garantizar la efectividad de las actividades planteadas frente al riesgo materia de mitigación.
- Sobre el riesgo **GJU3-GC**, se planteó una acción para el plan de tratamiento, del cual no se ha cumplido la actividad, ya que se encuentra en proceso de implementación documental con fecha final probable de 31 de diciembre de 2019. Al respecto, se recomienda implementar, dentro del procedimiento, la acción de control de tratamiento generada, con el fin de garantizar la efectividad de la actividad planteada frente al riesgo materia de mitigación.
- No se presentó la materialización de riesgos.

De acuerdo con lo señalado, se evidenció que existe un trabajo conjunto entre la Oficina Asesora Jurídica y la Subdirección Financiera en relación con la modificación de la metodología para la provisión contable de los procesos en contra de la Entidad. Se evidenció que se hicieron comités de conciliación entre estas dos áreas para unificar los criterios sobre la metodología propuesta por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado y la que venía utilizando el



Radicado No. 20191300065983

01-11-2019

Página 20 de 21

Instituto, consolidándose en un formato que se incluirá en el procedimiento de gestión jurídica.

### **ATC - ATENCIÓN AL CIUDADANO**

Este proceso ha identificado dos (2) riesgos (ATC1-GC: *Incumplimiento de los términos definidos por la ley para dar respuesta a las PQRSD* Y ATC2-GC: *inadecuada prestación del servicio al usuario / ciudadano en los canales de atención del Icfes*), valorados en riesgo residual así: R1 en zona de riesgo moderada 6 y R2 en zona de riesgo alto-importante 9, motivo por el cual se formularon cinco (5) acciones en el plan de tratamiento para los dos riesgos.

- ↓ Durante la revisión de los riesgos efectuada al proceso, se pudo evidenciar que los controles asociados a los riesgos deben ser ampliados, reforzados y documentados de tal manera que se mantengan evidencias objetivas frente a su diseño y a su efectividad.

Frente al control 2, (Falta de insumo por parte de las áreas en los tiempos establecidos) diseñado para el riesgo ATC1-GC, se recomienda adicionar a la matriz las acciones que ya se están aplicando como control (mesas de trabajo con los jefes de área), con el fin de darle más efectividad a la eficacia del control.

Frente al control No. 4 (Demora en la proyección de la respuesta por parte de Unidad Atención al Ciudadano al incumplir términos) del riesgo ATC1-GC se recomienda ajustarlo directamente a la causa, ya que su diseño cubre solo uno de los múltiples factores que pueden conllevar a materializar del riesgo.

Se identificó que, de los 5 controles implementados para los dos riesgos planteados, 1 es adecuado y 4 son parciales, encontrándose que los que controles 1, 2 y 3, del riesgo ATC1-GC, no están documentados, de la misma forma, se encuentra que existe efectividad parcial para los controles 2 y 4 del mismo riesgo.

De otra parte, se evidenció que frente al plan de tratamiento para el riesgo ATC1-GC, es efectivo, cuenta con fechas de inicio y finalización, tiene responsable, sin embargo, se encuentra en proceso de documentación (etapa de levantamiento de actividades para actualizar el procedimiento de PQRS). El plan de tratamiento del riesgo ATC2GC cumple con las actividades previstas, es efectivo, tiene fechas de inicio y finalización y posee responsable, por lo cual se evidencia que las medidas de tratamiento para este riesgo se han ejecutado de conformidad con la periodicidad establecida y contribuye a su gestión eficaz, manteniendo factores bajo control.

### **Materialización de riesgos:**

- ↓ Se presentó la materialización del riesgo denominado ATC1-GC: *"Incumplimiento de los términos definidos por la ley para dar respuesta a las PQRSD"*, evidenciándose esto en el informe presentado por la Oficina de Control Interno en el Informe de Seguimiento a la gestión de PQRS 2019 *"Hallazgo: Se evidenciaron peticiones con respuesta por fuera del término legal, como es el caso de los radicados: 20192100523262, 20192100117392 y 20192100393392. Lo señalado incumple los plazos establecidos en la Ley 1755 de 2015 y genera riesgos legales para la entidad"*. En virtud de lo anterior, se recomienda revisar los controles propuestos para este riesgo, además de añadir las acciones que se están empezando a implantar.
- ↓ Por otra parte, para el riesgo ATC2-GC *"Inadecuada prestación del servicio al usuario / ciudadano en los canales de atención del Icfes"* se puede evidenciar que se materializa, basado en lo señalado en el informe presentado por la Oficina de Control Interno sobre seguimiento a las PQRS 2019: *"Hallazgo: Se evidenciaron peticiones cuyas respuestas no cumplen con las condiciones señaladas en el Artículo 21 de la Ley 1755 de 2015, como es el caso de los radicados: 20192100342832, 20192100205422, 20192100180092 y 20192100117392."* Por lo anterior, se recomienda adicionar como causa del riesgo

**\*20191300065983\***



La educación  
es de todos

Mineducación

**Radicado No. 20191300065983**

**01-11-2019**

**Página 21 de 21**

el desconocimiento de los requisitos de forma, parámetros y demás establecidos por la normatividad para la contestación de PQRS y posterior se efectuó un control necesario para mitigar el riesgo.

## **RECOMENDACIONES GENERALES**

Durante la revisión y verificación de los riesgos y sus respectivos controles, se encontraron algunas observaciones, tal como quedó descrito a lo largo del presente informe. Entre las principales recomendaciones que se obtienen a partir de dichas observaciones, se tienen:

- Se sugiere a la Oficina Asesora de Planeación mantener la realización de capacitaciones permanentes a todos los colaboradores de los procesos en la metodología de gestión del riesgo, haciendo énfasis en la identificación de causas, efectos y definición de controles.
- Se recomienda a cada líder de proceso analizar cada una de las debilidades detectadas en el presente informe y tomar las medidas de ajuste que sean pertinentes. Se sugiere realizar mesas de trabajo con todos los colaboradores que participan en el proceso, con el fin de obtener varios puntos de vista e ideas basadas en la experiencia, que aporten a la corrección de las debilidades identificadas en el presente seguimiento.

Cordialmente,

**ADRIANA BELLO CORTÉS**

**Jefe Oficina de Control Interno**

**Elaboró:** María del Pilar González, Andrea Durán Lizcano, Stefany Parra, Claudia Huertas, Jorge Angarita, Oscar Lesmes.

**Revisó:** Omar Urrea Romero

**Aprobó:** Adriana Bello Cortés