



**PROCESO
MEJORA E INNOVACION**

**PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y
CORRUPCIÓN**

P14.MI

31/03/2025

Versión 3

Página 1 de 11

1. **OBJETIVO:** Establecer las actividades para gestionar los riesgos de calidad y corrupción identificados en el marco del modelo de operación por procesos de la entidad.
2. **ALCANCE:** Inicia con la validación de los riesgos vigentes previo a la identificación, revisión y actualización de los riesgos de calidad y corrupción, la gestión de estos durante la vigencia (seguimiento ejecución de planes de tratamiento y controles, e identificación de materialización de riesgos) y finaliza con la presentación a la Alta Dirección del resultado de la gestión de riesgos en la Entidad.

Aplica en los niveles Nacional, Regional y Centro Zonal.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN:

- 3.1. La gestión de riesgos de la entidad se enfoca en el cumplimiento de los objetivos institucionales, por tal razón los riesgos de calidad y corrupción gestionados a través de este procedimiento son aquellos cuyo impacto se verá reflejado de manera significativa en el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad y los de sus procesos.
- 3.2. Para la identificación de los riesgos de calidad y corrupción se deben tener en cuenta los siguientes insumos:
 - Misión de la entidad
 - Objetivos estratégicos
 - Objetivos de los procesos
 - Plan Indicativo Institucional
 - Plan de Acción Institucional
 - Análisis de contexto interno y externo
 - Necesidades y expectativas de las partes interesadas
 - Resultados de la gestión de riesgos de la vigencia anterior
 - Informes entes de control
 - Informe denuncias presuntos actos de corrupción
 - Resultados validación de riesgos con regionales y centros zonales
 - Recomendaciones informes Oficina de Control Interno
- 3.3. Cada vez que se rediseñe o implemente una nueva modalidad de servicio en la entidad en el marco de un proceso misional, el líder o responsable del proceso en el nivel nacional, deberá realizar un análisis, en el cual determine si es necesario modificar los riesgos de calidad y corrupción del proceso y gestionar los ajustes a los que haya lugar. Para realizar este análisis debe aplicarse el formato **F4.P14.DE Formato Afectación Sistema de Control Interno**, en el marco del procedimiento **P14.DE Procedimiento para el Diseño y Desarrollo de Servicios del ICBF**.
- 3.4. La actualización general de los riesgos de calidad y corrupción de la entidad debe realizarse de manera anual durante el último trimestre de cada vigencia.
- 3.5. Cualquier colaborador de la entidad puede identificar riesgos de calidad o corrupción, los cuales debe comunicar al líder o responsable del proceso en el nivel correspondiente (Nacional, Regional o Centro Zonal) y a la Subdirección de Mejoramiento Organizacional - **SMO** a través de correo electrónico para su respectivo análisis. El líder de proceso en el nivel nacional será el responsable de validar la

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

| | | | |
|--|---|-----------|----------------|
|  BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO MEJORA E INNOVACION | P14.MI | 31/03/2025 |
| | PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y CORRUPCIÓN | Versión 3 | Página 2 de 11 |

propuesta y definir el ajuste correspondiente en los riesgos de calidad del proceso. Cuando se trate de un riesgo de corrupción deberá, además, contar con el aval de la Dirección de Planeación y Control de Gestión y ser aprobado en el marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño **-CIGD**.

- 3.6. La aprobación de los riesgos de calidad, así como el aval de los riesgos de corrupción identificados por los líderes de procesos en la Sede de la Dirección General se debe realizar mediante acta firmada por el líder o responsable del proceso. En dicha acta, se debe especificar los riesgos identificados junto con su nivel de riesgo residual, los controles asociados, y anexar el F1.P14.MI Formato de identificación, análisis, evaluación y tratamiento de riesgos de calidad y corrupción.
- 3.7. La aprobación del tratamiento de los riesgos de calidad y corrupción en los niveles Regional y Centro Zonal se debe realizar en el marco del Comité Regional de Gestión y Desempeño. En las actas correspondientes se debe especificar los riesgos, los controles asociados y los planes de tratamiento que aplican a estos niveles.
- 3.8. Las regionales y centros zonales con base en los riesgos identificados, los controles y los planes de tratamiento aprobados por el líder del proceso en la Sede de la Dirección General **SDG**, deben analizar las actividades propuestas y definir de ser necesario nuevas actividades y fechas para el plan de tratamiento en los respectivos niveles previa validación del líder o responsable del proceso.
- 3.9. El monitoreo general a la gestión de riesgos será realizado por la Dirección de Planeación y Control de Gestión a través de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional -SMO e informado a la alta dirección en los espacios definidos, mediante: el indicador PA-134 Porcentaje de Cumplimiento Planes de Tratamiento de Riesgos; y el monitoreo a la ejecución de controles y a la materialización de los riesgos.
- 3.10. Los líderes o responsables de proceso en la Sede de la Dirección General, como primera línea de defensa, deben realizar el seguimiento a la materialización de los riesgos de su proceso y reportar a través de correo electrónico a la Dirección de Planeación y Control de Gestión con copia a la SMO, inmediatamente después de que se identifique que un riesgo se materializó. Adicionalmente, deberán generar una acción correctiva a través de la cual se elimine la causa raíz que dio origen a su ocurrencia.
- 3.11. Cuando un líder o responsable de proceso en la Sede de la Dirección General identifique que uno de los riesgos de corrupción de su proceso se materializó, además de generar una acción correctiva, deberá aplicar el procedimiento **P4.RC Procedimiento para la Atención de Presuntos Actos de Corrupción**.
- 3.12. Cuando la materialización de un riesgo de calidad y corrupción sea identificada en los niveles Regional o Centro Zonal, el líder o responsable del proceso correspondiente en el nivel Nacional (Sede de la Dirección General) deberá analizar si efectivamente se trata de una materialización del riesgo y proceder de acuerdo con las políticas de operación 3.10 y 3.11, así como notificar el resultado del análisis a través de correo electrónico al líder o responsable del proceso en el nivel correspondiente que reportó, con copia a la SMO.
- 3.13. Los líderes o responsables de proceso en el nivel Nacional deben analizar en conjunto con la Dirección de Planeación y Control de Gestión a través de la SMO, si los riesgos de calidad y corrupción de su proceso deben ser ajustados al presentarse una materialización.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

| | | | |
|---|---|-----------|----------------|
|  BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO MEJORA E INNOVACION | P14.MI | 31/03/2025 |
| | PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y CORRUPCIÓN | Versión 3 | Página 3 de 11 |

3.14. Cuando se requiera modificar un riesgo de calidad o corrupción de un proceso, el líder o responsable de este, deberá remitir a la Subdirección de Mejoramiento Organizacional la solicitud de modificación mediante memorando. Dicha solicitud debe contener la descripción del ajuste, junto con su respectiva justificación, y el nivel al cual aplica el cambio, para que sea validada y ajustada. Esta validación será realizada de acuerdo con la siguiente tabla:

| Solicitante | Tipo de Riesgo | Cambios | Validación SMO | Validación Líder o responsable del proceso SDG | Aprobación CIGD |
|--|----------------|--|----------------|--|-----------------|
| Líder o responsable Sede de la Dirección General | Calidad | Modificación de riesgos, controles y planes de tratamiento | X | N/A | N/A |
| | Corrupción | Modificación de riesgos, controles y planes de tratamiento | X | N/A | X |
| Responsable Regional | Calidad | Modificación planes de tratamiento del Nivel Regional o Centro Zonal | X | X | N/A |
| | Corrupción | Planes de tratamiento del nivel Regional o Centro Zonal | X | X | X |

En ningún caso se podrá eliminar un riesgo en el transcurso de la vigencia.

3.15. Las solicitudes de modificación a la gestión de riesgos de calidad y corrupción deberán remitirse a la Subdirección de Mejoramiento Organizacional mínimo con 30 días calendario previos a la fecha de corte del indicador PA-134. Para garantizar el principio de planeación la fecha máxima para realizar solicitudes de ajuste a los riesgos de calidad y corrupción es el 31 de agosto de cada vigencia. No obstante, si se presenta una situación excepcional como la identificación de un nuevo riesgo o la materialización de un riesgo de corrupción, se podrán hacer ajustes posteriores a dicha fecha, previa aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

3.16. Para la identificación de las oportunidades potenciales se deben tener en cuenta los factores Fortalezas (F) y Oportunidades (O) de la metodología DOFA aplicada por proceso tal como lo establece el **P8.MI Procedimiento oportunidades de mejora** el cual está publicado en la página web de la entidad en el proceso de Mejora e Innovación.

3.17. Los Directores, Subdirectores y Jefes de Oficina en la Sede de la Dirección General con el apoyo de los profesionales EPICO, así como, los Directores Regionales, Coordinadores de Grupo y Coordinadores de Centro Zonal con el apoyo de la Coordinación de Planeación y Sistemas junto al Referente de Calidad, como primera línea de defensa deben realizar el seguimiento a la ejecución de las actividades de los planes de tratamiento asociados a los riesgos y a la ejecución de los controles y reportar de manera oportuna y completa las evidencias en la herramienta tecnológica Suite Vision Empresarial - SVE.

3.18. Los colaboradores responsables de los registros en SVE correspondientes a la ejecución de controles y actividades de planes de tratamiento en la SDG tendrán un plazo no mayor a tres (3) días hábiles posterior a la fecha de corte correspondiente para el reporte de las evidencias. De igual manera, los profesionales EPICO contarán con dos (2) días hábiles para realizar la revisión de las evidencias reportadas y solicitar la aprobación a la SMO.

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



**PROCESO
MEJORA E INNOVACION**

**PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y
CORRUPCIÓN**

P14.MI

31/03/2025

Versión 3

Página 4 de 11

- 3.19. Los colaboradores responsables de reportar las evidencias de la ejecución de controles y las actividades de los planes de tratamiento que apliquen a las direcciones regionales y centros zonales tendrán cinco (5) hábiles posterior a la fecha de corte para cargar de manera oportuna y completa en la herramienta tecnológica Suite Vision Empresarial - SVE.
- 3.20. Los profesionales de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional contarán con cinco (5) días hábiles después del reporte de las dependencias en la SDG y las direcciones regionales para realizar la aprobación de los registros en SVE y de manera simultánea realizar retroalimentación vía correo electrónico en caso de ser necesaria para la subsanación de las observaciones.
- 3.21. Los Referentes de Calidad en las direcciones regionales deberán revisar y aprobar los registros de SVE reportados por los coordinadores de los centros zonales. Para el desarrollo de la actividad contarán con cinco (5) días hábiles posterior al reporte realizado por los centros zonales. En caso de encontrar observaciones sobre las evidencias se deben comunicar vía correo electrónico para su respectiva subsanación.
- 3.22. La Subdirección de Mejoramiento Organizacional en su rol de segunda línea de defensa podrá realizar la validación por muestreo del reporte de cumplimiento de las actividades de planes de tratamiento y ejecución de controles en el nivel Centro Zonal. Los resultados de la muestra se verán reflejados en la calificación del indicador PA-134 para los planes de tratamiento y la calificación del Plan Operativo del Sistema Integrado de Gestión - POSIGE para la actividad relacionada con la ejecución de controles.
- 3.23. Los Coordinadores de Planeación y Sistemas o quien haga sus veces en las direcciones regionales deberán solicitar mediante correo electrónico a la Subdirección de Mejoramiento Organizacional la reapertura de los registros en SVE de los centros zonales que presentaron observaciones resultado de la muestra desarrollada por la SMO para la subsanación correspondiente.

4. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

| No | Nombre de la Actividad | Descripción de la actividad | Responsable | Registro |
|----|---|---|---|---|
| | | Inicio | | |
| 1 | Realizar Validación de Riesgos | Previo a la actualización general de los riesgos de calidad y corrupción, se deben validar los riesgos existentes mediante la formulación y aplicación de encuestas de percepción en los niveles regional y zonal de la entidad. | Profesional Subdirección de Mejoramiento Organizacional | Reporte de Resultados |
| 2 | Realizar pre - mesas de riesgos de calidad y corrupción | Mediante correo electrónico se debe convocar a pre – mesas de riesgos donde se validarán los insumos de información de conformidad con la política de operación 3.2, con el fin de analizar e identificar nuevos riesgos o ajustes a los existentes para fortalecer la gestión. Nota. La agenda debe ser programada en conjunto entre el profesional EPICO del proceso y el profesional enlace del proceso en la SMO. | Profesional EPICO junto con Profesional SMO | Presentación y F8.P1.MI Formato Listado de Asistencia |

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



**PROCESO
MEJORA E INNOVACION**

P14.MI

31/03/2025

**PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y
CORRUPCIÓN**

Versión 3

Página 5 de 11

| No | Nombre de la Actividad | Descripción de la actividad | Responsable | Registro |
|----|--|--|--|---|
| 3 | Realizar mesas de trabajo para la actualización de los de riesgos de calidad y corrupción | <p>Los líderes o responsables de proceso en la sede de la Dirección General son responsables de la actualización y validación de los riesgos de los procesos, esta actividad es realizada en sesiones de trabajo apoyadas metodológicamente por los profesionales de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional, en estas mesas participan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Líder o responsables del proceso - Profesionales designados por el líder o responsable de proceso para apoyar la actividad. - Promotor(es) EPICO de la(s) dependencia(s) que lidera(n) el proceso. - Enlace(s) de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional. <p>Nota. Esta actividad debe ser realizada teniendo en cuenta lo estipulado en la G3.MI Guía de Gestión de Riesgos y Peligros.</p> | <p>Director, Subdirector o Jefe de Oficina</p> <p>Profesional designado</p> <p>Profesional con rol de EPICO</p> <p>Profesional Subdirección de Mejoramiento Organizacional</p> | <p>Borrador F1.P14.MI Formato identificación, análisis, evaluación y tratamiento de riesgos de calidad y corrupción</p> <p>F8.P1.MI Formato Listado de Asistencia</p> |
| 4 | Presentar los riesgos de calidad y corrupción y validar planes de tratamiento y controles con regionales y centros zonales | <p>Una vez actualizados los riesgos de calidad y corrupción por los líderes o responsables de proceso en el nivel Nacional, estos deben ser presentados para validar controles y planes de tratamiento con los equipos de trabajo en los niveles Regional y Centro Zonal, esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los riesgos (descripción de riesgos, nivel de riesgo inherente y nivel de riesgo residual). - Validación de controles a aplicar en los niveles Regional y Centro Zonal. - Validación propuesta de planes de tratamiento a gestionar en los niveles Regional y Centro Zonal. <p>Nota 1. Esta actividad solamente aplica para aquellos procesos que tienen riesgos que deben ser gestionados en los niveles Regional y/o Centro Zonal.</p> <p>Nota 2. La Subdirección de Mejoramiento Organizacional dará las indicaciones para realizar esta actividad y prestará el apoyo en su realización.</p> | <p>Director, Subdirector o Jefe de Oficina en Sede de la Dirección General</p> | <p>Presentación y F8.P1.MI Formato Listado de Asistencia</p> |
| 5 | Ajustar los Riesgos de Calidad y Corrupción | <p>Producto de las observaciones de los niveles Regional y Centro Zonal el líder o responsable de proceso en el nivel Nacional debe ajustar sus riesgos de calidad y corrupción.</p> <p>Esta actividad puede ser apoyada por el promotor EPICO.</p> <p>Nota. De acuerdo con la G3.MI Guía de Gestión de Riesgos y Peligros, la gestión de riesgos incluye, identificación, análisis, evaluación y tratamiento.</p> | <p>Director, Subdirector y Jefe de Oficina en Sede de la Dirección General</p> | <p>Borrador F1.P14.MI Formato identificación, análisis, evaluación y tratamiento de riesgos de calidad y corrupción</p> |

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO MEJORA E INNOVACION

PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y CORRUPCIÓN

P14.MI

31/03/2025

Versión 3

Página 6 de 11

| No | Nombre de la Actividad | Descripción de la actividad | Responsable | Registro |
|----------|--|---|--|--|
| 6 P.C | Validar y Aprobar los riesgos de calidad y corrupción en la SDG | Una vez los riesgos de calidad y corrupción son validados, los líderes o responsables de proceso en la Sede de la Dirección General debe realizar la aprobación de estos de acuerdo con la política de operación 3.6 del presente procedimiento. ¿Se aprueban los riesgos? Si. Los riesgos son aprobados se firma acta y pasa a la actividad 7. No: Volver a la actividad 5. | Director, Subdirector y Jefe de Oficina en Sede de la Dirección General | F9.P1.MI Formato Acta de Reunión o Comité F1.P14.MI Formato identificación, análisis, evaluación y tratamiento de riesgos de calidad y corrupción |
| 7 | Presentar riesgos de corrupción en Comité Institucional de Gestión y Desempeño | La SMO debe consolidar los riesgos de corrupción y presentarlos en el mes de enero al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su revisión y aprobación | Subdirector SMO | F9.P1.MI Formato Acta de Reunión o Comité |
| 8 | Consolidar riesgos de calidad y corrupción | El profesional de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional debe consolidar la información de los riesgos de calidad y corrupción aprobados, incluido los controles y planes de tratamiento y remitir vía correo electrónico a las direcciones regionales y centros zonales. | Profesional Subdirección de Mejoramiento | Consolidados de riesgos de calidad y corrupción incluido controles y planes de tratamiento. |
| 9 | Aprobar riesgos de calidad y corrupción en Regional y Centro Zonal | Los riesgos de calidad y corrupción de los niveles Regional y Zonal deben aprobarse acuerdo con la política de operación 3.7. | Director Regional y Coordinador de Centro Zonal | F9.P1.MI Formato Acta de Reunión o Comité |
| 10 | Socializar riesgos de calidad y corrupción aprobados | Una vez aprobados los riesgos de calidad y corrupción, los líderes o responsables de proceso deben socializarlos con sus equipos, en esta socialización se debe incluir: la identificación, el análisis, la evaluación de riesgos y los planes de tratamiento. Nota 1. Esta actividad puede ser apoyada por el promotor EPICO en la Sede de la Dirección General o el Referente de Calidad en las regionales y centros zonales. | Director, Subdirector o Jefe de Oficina en Sede de la Dirección General Director Regional Coordinador Centro Zonal | Presentación y F8.P1.MI Formato Listado de Asistencia |
| 11 | Cargar la información de riesgos en la SVE | El profesional de la SMO debe cargar en SVE la información de riesgos, planes y controles aprobada, así como los responsables de ejecutar y reportar las evidencias. Para el efecto cada dependencia en la SDG y regional debe remitir la información detallada de los responsables, así como la del coordinador de cada Centro Zonal. | Profesional SMO | Información en SVE |

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



**PROCESO
MEJORA E INNOVACION**

**PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y
CORRUPCIÓN**

P14.MI

31/03/2025

Versión 3

Página 7 de 11

| No | Nombre de la Actividad | Descripción de la actividad | Responsable | Registro |
|------------|--|--|--|---|
| 12 | Ejecutar y reportar el cumplimiento de las actividades planes de tratamiento riesgos | Los profesionales designados para realizar las actividades de los planes de tratamiento de los riesgos en la SDG, regionales y centros zonales deben cumplir con su ejecución, de acuerdo con la periodicidad establecida, y reportar su cumplimiento en SVE de acuerdo con las indicaciones de la SMO Posteriormente deben comunicar el cumplimiento de la actividad por correo electrónico al profesional EPICO o al Profesional Referente de Calidad. | Profesional designado en los planes de tratamiento de riesgos que aplican a la SDG, regionales y centros zonales | Evidencias reportadas en SVE Correo electrónico informando el reporte de los planes de tratamiento |
| 13 | Realizar Monitoreo de los Riesgos de Corrupción en el nivel nacional | Con base en el reporte mensual de los planes de tratamiento de los riesgos de corrupción realizado por los líderes o responsables de proceso en el nivel nacional, el profesional de la SMO debe realizar el monitoreo a los riesgos de corrupción | Profesional de la SMO | Correos Electrónicos de Monitoreo Cuadro de Monitoreo |
| 14 P.C. | Revisar el cumplimiento y reporte de las actividades de los planes de tratamiento de riesgos | Una vez reportado el cumplimiento de las actividades de planes de tratamiento de riesgos, el resultado se revisa y se aprueba el registro en SVE. Esta actividad incluye: - Revisión de reporte de evidencias. - Retroalimentación - Reporte resultado indicador El profesional EPICO en la SDG y el referente de calidad en la regional deben revisar los registros de las evidencias y solicitar aprobación al profesional de la SMO. Política 3.18 El profesional enlace de la SMO del proceso en la SDG y de la dirección regional aprueba los registros en SVE posterior a su validación. Política 3.18 a 3.21 El profesional referente de calidad revisa y aprueba los registros de las evidencias reportados por los centros zonales en SVE Política 3.18 a 3.21 ¿Los registros reportados por los responsables cumplen con los descrito en los planes de tratamiento de los riesgos? Si. Consolidar resultados y enviar vía correo electrónico para publicación en el Sistema Integral de Monitoreo y Evaluación Institucional (SIMEI). Continuar actividad 18 No. Remitir a través de correo electrónico las observaciones identificadas en la revisión para su oportuna subsanación. Se devuelve a la Actividad 12 Nota. Los profesionales de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional y Referentes de Calidad únicamente aprueban el reporte. La calidad y pertinencia de las evidencias reportadas, es responsabilidad del profesional designado para realizar la actividad, así como el líder o responsables del proceso correspondiente. | Profesional EPICO SDG Profesional Referente de Calidad Dirección Regional Profesional enlace SMO | Correos Electrónicos y Reporte Cumplimiento Actividades Planes de Tratamiento consolidado |

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



**PROCESO
MEJORA E INNOVACION**

**PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y
CORRUPCIÓN**

P14.MI

31/03/2025

Versión 3

Página 8 de 11

| No | Nombre de la Actividad | Descripción de la actividad | Responsable | Registro |
|----|--|--|---|---|
| 15 | Ejecutar y reportar el cumplimiento de los controles de los riesgos | <p>Los profesionales designados para ejecutar los controles de los riesgos en la SDG, regionales y centros zonales deben ejecutar de acuerdo con la periodicidad establecida, y reportar su cumplimiento en SVE de conformidad con las indicaciones de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional.</p> <p>Nota 1. Esta actividad será apoyada por el profesional EPICO en la Sede de la Dirección General o el Referente de Calidad en las regionales y centros zonales, garantizando el diligenciamiento y la oportunidad del reporte de evidencias.</p> | <p>Profesional designado para controles de riesgos que aplican a la SDG, regionales y centros zonales</p> | Evidencias reportadas en SVE |
| 16 | Revisar y aprobar los registros de ejecución de controles | <p>Luego de recibir el reporte de las evidencias de la ejecución de controles se debe revisar y aprobar los registros en la herramienta tecnológica. ¿Los registros reportados por los responsables cumple con los requisitos de diseño y ejecución del control?</p> <p>Si. Enviar correo electrónico al profesional de la SMO notificando el cumplimiento de la actividad. Continuar actividad 18.</p> <p>No. Enviar vía correo electrónico las observaciones del monitoreo a los responsables de los registros para subsanación. Se devuelve a la Actividad 15</p> <p>Nota 1. El profesional EPICO en la SDG debe revisar los registros de las evidencias y solicitar aprobación al profesional de la SMO. Política 3.18 a 3.21</p> <p>Nota 2. El profesional enlace de la SMO del proceso en la SDG y de la dirección regional aprueba los registros en la SVE posterior a su validación. Política 3.18 a 3.21</p> <p>Nota 3. El profesional referente de calidad revisa y aprueba los registros de las evidencias reportados por los coordinadores de los centros zonales. Política 3.18 a 3.21</p> | <p>Profesional EPICO SDG</p> <p>Profesional Referente de Calidad Dirección Regional</p> <p>Profesional enlace SMO</p> | Reporte en SVE y correo electrónico. |
| 17 | Realizar seguimiento a la materialización de riesgos | <p>Los líderes y responsables de proceso en los tres niveles deben hacer seguimiento periódico y reportar la materialización de los riesgos, de acuerdo con las indicaciones de la SMO</p> | <p>Director, Subdirector o Jefe de Oficina en Sede de la Dirección General Director Regional Coordinador Centro Zonal</p> | Correo electrónico con Reporte de Materializaciones |
| 18 | Generar Informe de la gestión de Riesgos (Materialización de Riesgos y Ejecución de Controles) | <p>La Subdirección de Mejoramiento Organizacional periódicamente debe generar un documento informe donde se informe los riesgos reportados como materializados y los controles que presentaron mayor dificultad en su ejecución y reporte. Dicho informe es remitido vía correo electrónico a líderes y responsables de proceso en la sede de la Dirección General y regionales.</p> | <p>Profesional Subdirección de Mejoramiento Organizacional Subdirectora de Mejoramiento Organizacional</p> | Correo electrónico remitiendo el Informe |

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!



PROCESO
MEJORA E INNOVACION

PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y
CORRUPCIÓN

P14.MI

31/03/2025

Versión 3

Página 9 de 11

| No | Nombre de la Actividad | Descripción de la actividad | Responsable | Registro |
|----|---|--|--|--------------|
| 15 | Presentar a la Alta Dirección el Resultado General de la Gestión de Riesgos en la Entidad | Presentar en el marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño / Comité Regional de Gestión y Desempeño, el resultado de la gestión de riesgos en la regional correspondiente y en el nivel nacional. | Subdirector de Mejoramiento Organizacional Coordinador de Planeación y Sistemas | Presentación |
| | | Fin | | |

P.C.: Punto de Control

5. **RESULTADO FINAL:** Riesgos de calidad y corrupción de la entidad gestionados.

6. **DEFINICIONES:**

- **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad u otra situación no deseable y evitar o prevenir que vuelva a ocurrir.
- **Gestión de Riesgo:** Enfoque estructurado que abarca desde la identificación de los riesgos, análisis de probabilidades e impactos, definición de controles, de planes de tratamiento, seguimiento y control por parte de cada uno de los niveles, nacional, regional y zonal, a través de los líderes y responsables de procesos, así como de cada colaborador del ICBF para garantizar el logro de los objetivos misionales.
- **Líder de Proceso:** Se denomina Líder de Proceso, de conformidad con el Modelo de Operación por Procesos aprobado mediante resolución 8080 de 2016, al Director General, Subdirector General, Secretario General, Directores y Jefes de Oficina de la Sede de la Dirección General, responsables de la correcta ejecución de los procesos a su cargo y en general de la sostenibilidad y mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Gestión.
- **Nivel Centro Zonal:** Se refiere a los Centros Zonales.
- **Nivel Nacional:** Se refiere a las dependencias que de acuerdo con la estructura orgánica de la entidad hacen parte de la Sede de la Dirección General.
- **Nivel Regional:** Hace referencia a las Direcciones Regionales y sus grupos de trabajo.
- **Plan de Tratamiento:** Consiste en implementar nuevas acciones para reducir el nivel de riesgo, las cuales deben tener definidos responsables, fechas y evidencias.
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor, las cuales transforman elementos de entrada en resultados, para el logro de un objetivo propuesto y la satisfacción de los niños, niñas, adolescentes y familias colombianas (Ver Mapa de Procesos de la entidad en el Manual del Sistema Integrado de Gestión publicado en la página WEB).
- **Promotor EPICO:** Profesional delegado en cada proceso de la Sede de la Dirección General para promover en cada dependencia, la sostenibilidad y mantenimiento del Sistema Integrado de

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

| | | | |
|---|---|-----------|-----------------|
|  BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO MEJORA E INNOVACION | P14.MI | 31/03/2025 |
| | PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y CORRUPCIÓN | Versión 3 | Página 10 de 11 |

Gestión y la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, bajo las directrices de la Subdirección de Mejoramiento Organizacional.

- **Referente Calidad:** Son colaboradores que apoyan la implementación, sostenibilidad y mantenimiento del Sistema Gestión de Calidad del Instituto, de acuerdo con las directrices de los líderes del eje para el nivel regional.
- **Responsable de Proceso:** Se denomina Responsable de Proceso a Directores, Subdirectores y Jefes de Oficina de la Sede de la Dirección General, Directores Regionales, Coordinadores de Grupo en las Regionales y Coordinadores de Centro Zonal, responsables de la ejecución y seguimiento de los procesos de su competencia.
- **Riesgo de Corrupción:** Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
- **Riesgo de Gestión:** Posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias.
- **Riesgo Fiscal:** Efecto dañoso sobre recursos públicos o bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un evento potencial.

7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

- Ley 1474 de 2011 artículo 73 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
- Ley 1712 de 2014. "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones"
- Ley 2195 de 2022 artículo 31 Programa de Transparencia y Ética Pública.
- Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001: 2015 Sistema de Gestión de la Calidad
- Norma Técnica Colombiana NTC ISO 31000:2018. Gestión del Riesgo
- Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas de octubre de 2018
- Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas de diciembre de 2022
- P2.MI Procedimiento Acciones Correctivas
- P8.MI Procedimiento de Oportunidades de Mejora
- P14.DE Procedimiento para el Diseño y Desarrollo de Servicios del ICBF

8. RELACIÓN DE FORMATOS:

| CODIGO | NOMBRE DEL FORMATO |
|-----------|---|
| F8.P1.MI | Formato Listado de Asistencia |
| F9.P1.MI | Formato Acta de Reunión o Comité |
| F1.P14.MI | Formato Identificación, Análisis, Evaluación y Tratamiento de Riesgos de Calidad y Corrupción |
| F2.P14.MI | Formato Seguimiento Materialización Riesgos de Calidad y Corrupción, y Ejecución de Controles |
| F3.P14.MI | Formato Consolidado Planes de Tratamiento |
| F4.P14.DE | Formato Afectación Sistema de Control Interno. |

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

| | | | |
|---|---|-----------|-----------------|
|  BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO MEJORA E INNOVACION | P14.MI | 31/03/2025 |
| | PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE RIESGOS DE CALIDAD Y CORRUPCIÓN | Versión 3 | Página 11 de 11 |

9. ANEXOS: N/A

10. CONTROL DE CAMBIOS:

| Fecha | Versión | Descripción del Cambio |
|------------|---------|--|
| 31-03-2023 | V2 | En las políticas de gestión, se incluyeron las líneas de defensa en su redacción. Reorganización de políticas. Inclusión de política 3.17, 3.18., 3.19. 3.20 y 3.21 relacionadas con seguimiento a la ejecución de las actividades de los planes de tratamiento asociados a los riesgos y a la ejecución de los controles y del reportar de manera oportuna y completa las evidencias en el aplicativo. Se actualizaron las actividades del procedimiento junto a los responsables y evidencias Inclusión de definición de riesgo fiscal |
| 20-02-2023 | V1 | Se actualizaron las políticas operacionales del procedimiento Se actualizaron las actividades del procedimiento junto a los responsables y evidencias. |

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.