

FORMATO 1 DPTS: DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA POR TRÁMITE Y/O SERVICIO

Fecha de elaboración: _____ Fecha de Aprobación en el Comité Interno: _____

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia u Organismo Público Descentralizado: _____

Número de acciones para 2023: _____

No.	Nombre del Trámite y/o Servicio	Acción de Mejora Regulatoria Programada (Descripción)	Unidad de Medida	Fecha de Cumplimiento (mm/aaaa)	Acción de Regulación a la Normatividad Programada (Descripción)	Unidad de Medida	Fecha de Cumplimiento (mm/aaaa)	Unidad Administrativa Responsable

Nombre y cargo del titular de la Unidad Administrativa Responsable _____	Nombre y cargo del Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia/ Organismo Público Descentralizado _____	Nombre y cargo del titular de la Dependencia / Organismo Público Descentralizado _____
--	--	--

CRONOGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS
ACCIÓN NORMATIVA

Criterio de Evaluación:

Fecha de elaboración: _____

Fecha de Aprobación en el Comité Interno: _____

Nombre de la acción normativa: _____

Cronograma		2023											
No.	Actividad programada	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1													
2													
3													
4													
5													
6													

Nombre y cargo del titular de la Unidad Administrativa Responsable _____	Nombre y cargo del Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia/ Organismo Público Descentralizado _____	Nombre y cargo del titular de la Dependencia / Organismo Público Descentralizado _____
--	--	--

CRONOGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS
ACCIÓN DE MEJORA

Criterio de Evaluación:

Fecha de elaboración: _____

Fecha de Aprobación en el Comité Interno: _____

Nombre de la acción de mejora: _____

Cronograma		2023											
No.	Actividad Programada	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1													
2													
3													
4													
5													

Nombre y cargo del titular de la Unidad Administrativa Responsable _____	Nombre y cargo del Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia/ Organismo Público Descentralizado _____	Nombre y cargo del titular de la Dependencia / Organismo Público Descentralizado _____
--	--	--

FORMATO 2 RAPA: REPORTE DE AVANCE DEL PROGRAMA ANUAL

Criterio de Mejora: Criterio Normativo:

Fecha de elaboración: _____ Fecha de Aprobación en el Comité Interno: _____

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia u Organismo Público Descentralizado: _____

Número de acciones para 2023: _____

PRIMER REPORTE

No.	Nombre del Trámite y/o Servicio	Acción de Mejora Regulatoria Programada (Descripción)	Fecha de Cumplimiento Programado (mm/aaaa)	Evidencia documental criterios de evaluación	% de Avance	Acción de Regulación a la Normatividad Programada (Descripción)	Fecha de Cumplimiento Programado (mm/aaaa)	Evidencia documental criterios de evaluación	% de Avance	Unidad Administrativa Responsable

En caso de incumplimiento de las acciones programadas describir las causas:

Nombre y cargo del titular de la Unidad Administrativa Responsable _____	Nombre y cargo del Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia/ Organismo Público Descentralizado _____	Nombre y cargo del titular de la Dependencia / Organismo Público Descentralizado _____
--	--	--

FORMATO 3: INFORME ANUAL DEL AVANCE PROGRAMÁTICO DE MEJORA REGULATORIA

Criterio de Mejora: Criterio Normativo:

Fecha de elaboración: _____ Fecha de Aprobación en el Comité Interno: _____

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia u Organismo Público Descentralizado: _____

Número de acciones para 2023: _____

INFORME ANUAL

No.	Nombre del trámite y/o servicio (Acción de Mejora)	Meta Anual Cumplida		Nombre del trámite y/o servicio (Acción normativa)	Meta Anual Cumplida		Evaluación de logros de resultados	Dependencia Responsable
		Cumplimiento	%		Cumplimiento	%		
1.				1.				
2.				2.				
3.				3.				
4.				4.				

Nombre y cargo del Enlace de Mejora Regulatoria Dependencia/ Organismo Público Descentralizado _____	Nombre y cargo del titular Dependencia/ Organismo Público Descentralizado _____
--	---