

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

Clave \_\_\_\_\_ Dependencia/ Organismo Público Descentralizado: \_\_\_\_\_

Enlace de Mejora Regulatoria: \_\_\_\_\_

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 prioritarias para 2018: \_\_\_\_\_

No.	Nombre del Trámite y/o Servicio	Descripción de la Problemática	Acciones de Mejora Regulatoria Programadas	Fecha de Cumplimiento (mm/aaaa)	Acciones de Regulación a la Normatividad Programadas	Fecha de Cumplimiento (mm/aaaa)	Objetivo General de las Acciones	Unidad Administrativa Responsable
Titular de la Unidad Administrativa Responsable _____			Nombre y cargo del Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia/ Organismo Público Descentralizado _____		Titular de la Dependencia / Organismo Público Descentralizado _____			

**CRONOGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS**

Clave \_\_\_\_\_ Dependencia/ Organismo Público Descentralizado: \_\_\_\_\_

Enlace de Mejora Regulatoria: \_\_\_\_\_

Fecha de Elaboración: \_\_\_\_\_ Fecha de Aprobación en el Comité Interno: \_\_\_\_\_

Nombre del Trámite y/o Servicio: \_\_\_\_\_

Cronograma de trabajo		2018											
No.	Actividades Programadas	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
1	(Actividad)	%	%	%									
2	(Actividad)				%	%	%						
3	(Actividad)							%	%	%			
4	(Actividad)										%	%	%
5													
6													
7													

<b>Titular de la Unidad Administrativa Responsable</b> _____	<b>Nombre y Cargo del Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia/ Organismo Público Descentralizado</b> _____	<b>Titular de la Dependencia / Organismo Público Descentralizado</b> _____
---	--	---



**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**  
**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2018**  
 DEPENDENCIAS ESTATALES Y ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS



FORMATO 2 RAPA: REPORTE DE AVANCE DEL PROGRAMA ANUAL

Clave \_\_\_\_\_ Dependencia/ Organismo Público Descentralizado: \_\_\_\_\_

Enlace de Mejora Regulatoria: \_\_\_\_\_

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 prioritarias para 2018: \_\_\_\_\_

**PRIMER REPORTE**

No.	Nombre del Trámite y/o Servicio	Acciones de Mejora Regulatoria Programadas	Fecha de Cumplimiento Programado (mm/aaaa)	Justificación y evidencias	% de Avance	Acciones de Regulación a la Normatividad Programadas	Fecha de Cumplimiento Programado (mm/aaaa)	Justificación y evidencias	% de Avance	Unidad Administrativa Responsable

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

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



**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**  
**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2018**  
 DEPENDENCIAS ESTATALES Y ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS



**FORMATO 3 RAMIDR: REPORTE ANUAL DE METAS E INDICADORES DE DESEMPEÑO REGULATORIO**

Clave \_\_\_\_\_ Dependencia/ Organismo Público Descentralizado: \_\_\_\_\_

Enlace de Mejora Regulatoria: \_\_\_\_\_

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 prioritarias para 2018: \_\_\_\_\_

No.	Nombre del indicador	Unidad de Medida	Fórmula (cumplimiento *100/programado)	Meta Anual Programada		Meta Anual Cumplida		Impacto o beneficio alcanzado	Unidad Administrativa Responsable
				Programado	%	Cumplimiento	%		

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

Titular de la Unidad Administrativa Responsable _____	Nombre y Cargo del Enlace de Mejora Regulatoria de la dependencia/ Organismo Público Descentralizado _____	Titular de la Dependencia / Organismo Público Descentralizado _____
--	---	--