**COMISIÓN MUNICIPAL DE MEJORA REGULATORIA**

**DEL MUNICIPIO DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2024**

|  |
| --- |
| **1.-Presentación** |
|  |

Resumen de propuestas PAMMR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Disminuir tiempo de respuesta | Disminuir requisitos | Digitalizar | Disminuir el costo | Eliminar trámite |
|  |  |  |  |  |

En cada columna se registra solamente el número de cada propuesta

|  |
| --- |
| **2.-Misión**  |
|  |

|  |
| --- |
|  **3.-Visión** |
|  |

|  |
| --- |
| **4.-Diagnóstico de Mejora Regulatoria** |
| **a).-ANÁLISIS FODA**

|  |  |
| --- | --- |
| **b).-FORTALEZAS** | **c).-OPORTUNIDADES** |
| **d).-DEBILIDADES** | **e).-AMENAZAS** |

 |

|  |
| --- |
| **5.-Escenario Regulatorio** |
|  |

|  |
| --- |
| **6.-Estrategias y Acciones** |
|  |

|  |
| --- |
| **6 a.-Estrategias y Acciones de los Comités Internos que no ofrecen trámites y servicios a la ciudadanía (procesos Internos), citar nombre de área y propuesta y por cada propuesta se requisita el formato DPI 1**  |
| **Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 1** | **Nombre del trámite** | **Actualmente como la realizan**  | **Acciones de Mejora propuestas** |
| **Reconducción** |  |  |  |
| **SI** | **NO** |  |

**Nombre de la dependencia****Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 2** | **Nombre del trámite** | **Actualmente como la realizan**  | **Acciones de Mejora propuestas** |
| **Reconducción** |  |  |  |
| **SI** | **NO** |  |

**Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 3** | **Nombre del trámite** | **Actualmente como la realizan**  | **Acciones de Mejora propuestas** |
| **Reconducción** |  |  |  |
| **SI** | **NO** |  |

 |

**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**

**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2024**

**DE LAS DEPENDENCIAS MUNICIPALES DEL ESTADO DE MÉXICO**

**FORMATO 1 DPI DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA INTERNA**

Dependencia/Organismo Descentralizado (clave y nombre): \_\_\_\_\_\_Servicios Generales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable y/o Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***Propuesta No. 1***

Total de procesos internos de la Dependencia Municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de procesos internos prioritarios para 2024: \_\_\_\_\_\_

**DEPENDENCIAS QUE NO OFRECEN TRÁMITES Y SERVICIOS A LA CIUDADANÍA PROCESOS INTERNOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Nombre del Proceso Interno** | **Acciones de Mejora** **(Simplificación del trámite, reducción del tiempo de respuesta)** | **Objetivo General de las Acciones** | **Fecha de Cumplimiento** | **Unidad Administrativa Responsable** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones o comentarios |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Cargo de Quién lo Elaboró\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Cargo del  Titular de la Dependencia Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Firma de la Coordinadora(or) General Municipal de Mejora Regulatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**

**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2024**

**DE LAS DEPENDENCIAS MUNICIPALES DEL ESTADO DE MÉXICO**

**FORMATO 1 DPI DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA INTERNA**

Dependencia/Organismo Descentralizado (clave y nombre): \_\_\_\_\_\_Servicios Generales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable y/o Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***Propuesta No. 2***

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia Municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de trámites prioritarios para 2024: \_\_\_\_\_\_

**DEPENDENCIAS QUE NO OFRECEN TRÁMITES Y SERVICIOS A LA CIUDADANÍA PROCESOS INTERNOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Nombre del Trámite y/o Servicio** | **Acciones de Mejora** **(Simplificación del trámite, reducción del tiempo de respuesta)** | **Objetivo General de las Acciones** | **Fecha de Cumplimiento** | **Unidad Administrativa Responsable** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones o comentarios |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Cargo de Quién lo Elaboró\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Cargo del  Titular de la Dependencia Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Firma de la Coordinadora(or) General Municipal de Mejora Regulatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**

**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2024**

**DE LAS DEPENDENCIAS MUNICIPALES DEL ESTADO DE MÉXICO**

**FORMATO 1 DPI DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA INTERNA**

Dependencia/Organismo Descentralizado (clave y nombre): \_\_\_\_\_\_Servicios Generales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable y/o Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***Propuesta No. 3***

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia Municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de trámites prioritarios para 2024: \_\_\_\_\_\_

**DEPENDENCIAS QUE NO OFRECEN TRÁMITES Y SERVICIOS A LA CIUDADANÍA PROCESOS INTERNOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **Nombre del Trámite y/o Servicio** | **Acciones de Mejora** **(Simplificación del trámite, reducción del tiempo de respuesta)** | **Objetivo General de las Acciones** | **Fecha de Cumplimiento** | **Unidad Administrativa Responsable** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones o comentarios |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Cargo de Quién lo Elaboró\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Cargo del  Titular de la Dependencia Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Firma de la Coordinadora(or) General Municipal de Mejora Regulatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **7.-Propuesta Integral por Trámite y/o Servicio** |
| **Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 1** | **Nombre del trámite** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
| **Reconducción** |  |  |  |  |  |
| **SI** | **NO** |  |

**Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 2** | **Nombre del trámite** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
| **Reconducción** |  |  |  |  |  |
| **SI** | **NO** |  |

**Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 3** | **Nombre del trámite** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
| **Reconducción** |  |  |  |  |  |
| **SI** | **NO** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 4** | **Nombre del trámite** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
| **Reconducción** |  |  |  |  |  |
| **SI** | **NO** |  |

**Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 5** | **Nombre del trámite** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
|  |  |  |  |  |

**Citar a todas las dependencias que proponen** |
| **Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 6** | **Nombre del trámite** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
|  |  |  |  |  |

**Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 7** | **Nombre del trámite** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Nombre de la dependencia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Propuesta No. 8** | **Nombre del trámite** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
|  |  |  |  |  |

**Citar a todas las dependencias que proponen** |

**8.-Recuadro de firmas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre, Cargo y Firma de Quién lo Elaboró\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre, Cargo y Firma de la  Presidenta(e) Municipal Constitucional y Presidenta(e) de la Comisión Municipal de Mejora Regulatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y firma del Coordinador General Municipal de Mejora Regulatoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**

**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2024**

**DE LAS DEPENDENCIAS MUNICIPALES DEL ESTADO DE MÉXICO**

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

Dependencia/Organismo Descentralizado (clave y nombre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable y/o Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***Propuesta No. 1***

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia Municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de trámites prioritarios para 2024: \_\_\_\_\_\_

Fecha de Cumplimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA REGULATORIA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código de la Cédula de trámites y servicios** | **Nombre del Trámite y/o Servicio** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones o comentarios |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Cargo de Quién lo Elaboró\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Cargo del  Titular de la Dependencia Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Firma de la Coordinadora(or) General Municipal de Mejora Regulatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**

**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2024**

**DE LAS DEPENDENCIAS MUNICIPALES DEL ESTADO DE MÉXICO**

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

Dependencia/Organismo Descentralizado (clave y nombre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable y/o Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***Propuesta No. 2***

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia Municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de trámites prioritarios para 2024: \_\_\_\_\_\_

Fecha de Cumplimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA REGULATORIA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código de la Cédula de trámites y servicios** | **Nombre del Trámite y/o Servicio** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones o comentarios |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Cargo de Quién lo Elaboró\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Cargo del  Titular de la Dependencia Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Firma de la Coordinadora(or) General Municipal de Mejora Regulatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**

**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2024**

**DE LAS DEPENDENCIAS MUNICIPALES DEL ESTADO DE MÉXICO**

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

Dependencia/Organismo Descentralizado (clave y nombre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable y/o Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***Propuesta No. 3***

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia Municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de trámites prioritarios para 2024: \_\_\_\_\_\_

Fecha de Cumplimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA REGULATORIA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código de la Cédula de trámites y servicios** | **Nombre del Trámite y/o Servicio** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones o comentarios |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Cargo de Quién lo Elaboró\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Cargo del  Titular de la Dependencia Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Firma de la Coordinadora(or) General Municipal de Mejora Regulatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**

**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2024**

**DE LAS DEPENDENCIAS MUNICIPALES DEL ESTADO DE MÉXICO**

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

Dependencia/Organismo Descentralizado (clave y nombre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable y/o Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***Propuesta No.4***

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia Municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de trámites prioritarios para 2024: \_\_\_\_\_\_

Fecha de Cumplimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA REGULATORIA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código de la Cédula de trámites y servicios** | **Nombre del Trámite y/o Servicio** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones o comentarios |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Cargo de Quién lo Elaboró\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Cargo del  Titular de la Dependencia Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Firma de la Coordinadora(or) General Municipal de Mejora Regulatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA**

**PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2024**

**DE LAS DEPENDENCIAS MUNICIPALES DEL ESTADO DE MÉXICO**

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

Dependencia/Organismo Descentralizado (clave y nombre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable y/o Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***Propuesta No.5***

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia Municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de trámites prioritarios para 2024: \_\_\_\_\_\_

Fecha de Cumplimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **PROPUESTAS DE ACCIONES DE MEJORA REGULATORIA** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código de la Cédula de trámites y servicios** | **Nombre del Trámite y/o Servicio** | **Tiempo de Respuesta reducción del tiempo de respuesta, citar de cuanto a cuanto** | **Requisitos cuantos se disminuyen cantidad eliminación de requisitos citar de cuantos a cuantos** | **Realización en línea Mencionar si se disminuyen las visitas a la dependencia (número) o el beneficio** | **Disminuir el costo de cuanto a cuanto** |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Observaciones o comentarios |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y Cargo de Quién lo Elaboró\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Cargo del  Titular de la Dependencia Municipal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nombre y Firma de la Coordinadora(or) General Municipal de Mejora Regulatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |