**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 2024: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **2024** |
| **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** | **2024** |
| **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 2024: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 2024: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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** | **%** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y cargo del Enlace de Mejora Regulatoria** **Dependencia/ Organismo Público Descentralizado****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nombre y cargo del titular** **Dependencia/ Organismo Público Descentralizado****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |