**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**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |