



COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA
PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2015
DE LAS DEPENDENCIAS ESTATALES Y ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ESTADO DE MÉXICO

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

Dependencia/Organismo Público Descentralizado: Clave _____ Nombre: _____

Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: _____

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 trámites prioritarios para 2015: _____

Código/ No.	Nombre del Trámite y/o Servicio	Descripción de la Problemática	Acciones de Regulación a la Normatividad	Fecha de Cumplimiento (mm/aaaa)	Acciones de Mejora (Eliminación del trámite, eliminación de requisitos, reducción del tiempo de respuesta, etc.)	Objetivo General de las Acciones	Fecha de Cumplimiento (mm/aaaa)	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 _____		



COMISIÓN ESTATAL DE MEJORA REGULATORIA
PROGRAMA ANUAL DE MEJORA REGULATORIA 2015
DE LAS DEPENDENCIAS ESTATALES Y ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ESTADO DE MÉXICO

FORMATO 2 RAPA: REPORTE DE AVANCE DEL PROGRAMA ANUAL

Dependencia/Organismo Público Descentralizado: Clave _____ Nombre: _____

Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: _____

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

Total de trámites y/o servicios de la Dependencia u Organismo Descentralizado: _____ Número de trámites prioritarios para 2015: _____

PRIMER REPORTE

Código /No.	Nombre del Trámite y/o Servicio	Acciones de Regulación a la Normatividad Programadas	Fecha de Cumplimiento (mm/aaaa)	Justificación y evidencias que presenta	% de Avance	Acciones de Mejora Programadas	Fecha de Cumplimiento (mm/aaaa)	Justificación y Evidencias que presenta	% de Avance	Unidad Administrativa Responsable
En caso de incumplimiento de las acciones programas 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 2015
DE LAS DEPENDENCIAS ESTATALES Y ORGANISMOS PÚBLICOS DESCENTRALIZADOS DEL ESTADO DE MÉXICO
FORMATO 3 RAMIDR: REPORTE ANUAL DE METAS E INDICADORES DE DESEMPEÑO REGULATORIO

Dependencia /Organismo Público Descentralizado: Clave_____ Nombre: _____

Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia: _____

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 trámites prioritarios para 2015: _____

Código /No.	Nombre del indicador	Formula	Unidad de medida	Meta Anual Programada		Meta Anual Cumplida		Impacto o beneficio alcanzado	Unidad Administrativa Responsable
				Absolutos	%	Absolutos	%		
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			
_____			_____			_____			