**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 para 2019: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRIMER REPORTE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nombre del Trámite y/o Servicio/ Acción** | **Acciones de Mejora Regulatoria Programadas** | **Fecha de Cumplimiento Programado (mm/aaaa)** | **Justificación y evidencia documental** | **% de Avance** | **Acciones de Regulación a la Normatividad Programadas** | **Fecha de Cumplimiento Programado (mm/aaaa)** | **Justificación y evidencia documental**  | **% 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****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |