



**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 programadas describir las causas: |                                 |                                                      |                                                                                                               |                                         |             |                                |                                                                        |                                         |             |                                   |
| Titular de la Unidad Administrativa Responsable<br>_____                    |                                 |                                                      | Nombre y Cargo del Enlace de Mejora Regulatoria de la Dependencia/ Organismo Público Descentralizado<br>_____ |                                         |             |                                | Titular de la Dependencia / Organismo Público Descentralizado<br>_____ |                                         |             |                                   |