



**SUBSECRETARÍA DE EMPLEO Y POLÍTICA LABORAL
COORDINACIÓN GENERAL DE EMPLEO**

Formato AC-7

**“Aviso de cambio de domicilio, suspensión temporal o cierre definitivo”
Agencias de colocación de trabajadores con y sin fines de lucro**

STPS

SECRETARÍA DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL

**Número de Autorización
y Registro o Registro**

Nombre, denominación o razón social de la agencia de colocación de trabajadores

Vigencia

Fecha de inicio de operaciones _/_/____ (DD/MM/AAAA)	Fecha de conclusión de vigencia (Para el caso de agencias de colocación con fines de lucro) _/_/____ (DD/MM/AAAA)
--	--

Casa Matriz
Sucursal

Trámite a realizar

Cambio de domicilio
Suspensión temporal de actividades
Cierre definitivo de la agencia

Cambio de domicilio

Domicilio actual

Domicilio Calle		No. Ext.	No. Int.	Colonia
Municipio o Delegación Política	Entidad federativa		Código postal	
Teléfono (s)		Correo electrónico		

Nuevo domicilio

Domicilio Calle		No. Ext.	No. Int.	Colonia
Municipio o Delegación Política	Entidad federativa		Código postal	
Teléfono (s)		Correo electrónico		

Motivo del cambio de domicilio

Suspensión temporal

Periodo

FECHA DE SUSPENSIÓN _/_/_/____ (DD/MM/AAAA)	FECHA ESTIMADA DE REINICIO DE ACTIVIDADES _/_/_/____ (DD/MM/AAAA)
---	--

Motivo de la suspensión de actividades

--

Cierre definitivo

FECHA DE CIERRE _/_/_/____ (DD/MM/AAAA)

Motivo de cierre definitivo

--

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social podrá difundir y publicar la información contenida en la presente solicitud en los términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE	FIRMA
--------------------------	-------