



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

Formato AC-6

**“Solicitud de Modificación de cuota de recuperación”
Agencias de colocación sin fines de lucro**

STPS

SECRETARÍA DEL TRABAJO
Y PREVISIÓN SOCIAL

Número de Registro

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

**Cuota de
recuperación
aprobada**

Monto

**Cuota de recuperación
propuesta**

Monto

**Fecha en que se pretende
iniciar el cobro de la cuota**

__/__/____
(DD/MM/AAAA)

Motivo de la modificación de la cuota de recuperación

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------