

Formato AC-3
Inscripción de Sucursales de las Agencias de Colocación de Trabajadores

Homoclave del formato
Lugar de la solicitud

Fecha de publicación del formato en DOF		
DD	MM	AAAA

Datos generales				
Entidad Federativa	Agencia de colocación <small>(marca con x)</small>			Número de autorización y registro
	Con fines de lucro	Sin fines de lucro	Colocación en el exterior	

Persona física
Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave (RFC):
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave (RFC):
Denominación o razón social de la agencia de colocación:
Registro patronal del IMSS:
Número de acta constitutiva:
Fecha de protocolización:
DD MM AAAA

Domicilio		
Código postal:	Calle:	
Número exterior:	Número interior:	Colonia:
Localidad:	Municipio o Alcaldía:	
Estado:		
Teléfono(s):	Correo electrónico(s):	

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Cuántas sucursales va a registrar (número y letra).

Datos de las sucursales

#	Fecha de inicio de operaciones	C.P.	Entidad Federativa	Municipio/ Delegación	Calle y número	Colonia	Teléfono	Correo electrónico
1								
2								
3								
4								
5								

Documentos que presenta la agencia (persona física y moral) al realizar el trámite (original y copia)

Documentos	Marca con una "X"
Identificación de la persona que realiza el trámite	
Constancia de domicilio de la (s) sucursal (es)	

Titular de la agencia de colocación

Nombre (s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

 Firma

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) podrá difundir y publicar la información contenida en el presente formato, en los términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Es dado en _____, a los ____ días del mes de _____ del año _____.