gob.mx

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Formato AC-5
Solicitud de Modificación de Tarifa de las Agencias de Colocación de Trabajadores con Fines de Lucro

Homoclave del formato
Lugar de la solicitud

Fecha de publicación del formato en DOF		
DD	MM	AAAA

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

Persona física
Nombre(s):
Primer apellido:
Segundo apellido:

Persona moral
Denominación o razón social de la agencia de colocación:

Tarifa que cobrará la agencia

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

Documentos	Marca con una "X"
Identificación de la persona que realiza el trámite	

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).

Contacto:
Boulevard Adolfo López Mateos 1968
Col. Los Alpes, CP.01010
Del. Alvaro Obregón, Ciudad de México,
Tel. (55) 3000-2100

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 _____.

Contacto:
Boulevard Adolfo López Mateos 1968
Col. Los Alpes, CP.01010
Del. Alvaro Obregón, Ciudad de México,
Tel. (55) 3000-2100