



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

Formato AC-5

**“Solicitud de Modificación de tarifa”  
Agencias de colocación con fines de lucro**

**STPS**

SECRETARÍA DEL TRABAJO  
Y PREVISIÓN SOCIAL

**Número de Autorización  
y Registro**

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

**Vigencia**

Fecha de inicio de vigencia  _/ _/ _ (DD/MM/AAAA)	Fecha de conclusión de vigencia  _/ _/ _ (DD/MM/AAAA)
---	---

**Tarifa autorizada**

Monto

**Nueva tarifa**

Monto

**Fecha de inicio de  
vigencia**

\_/ \_/ \_  
(DD/MM/AAAA)

**Motivo de la modificación de la tarifa**

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

--	--