

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

Formato AC-2

Aviso de Constitución e Inicio de Funcionamiento de las Agencias de Colocación de Trabajadores sin Fines de Lucro

Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en DOF
	DD MM AAAA
Lugar de la solicitud	

Datos generales

Entidad Federativa:	Número de autorización y registro: (Sólo para ser llenado por la STPS)
---------------------	---

Persona física

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

Persona moral

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:
Localidad:	Colonia:
Estado:	Municipio o Alcaldía:
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

Fecha de inicio de operaciones de la agencia

DD

MM

AAAA

Fecha de registro en la STPS

(Sólo para ser llenado por la STPS).

DD

MM

AAAA

Cuota de recuperación que cobrará la agencia

Cuantas sucursales va a registrar (número y letra). Si tiene sucursales debe presentar también el formato AC-3

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

Documentos	Marca con una "X"		Marca con una "X"
Identificación oficial del titular de la agencia		Constancia de domicilio de la agencia (matriz)	
Identificación de la persona que realiza el trámite		Constancia de domicilio de la (s) sucursal (es)	
Acreditación de la personalidad jurídica del representante de la agencia		Constancia de inscripción en el RFC	
Documentos adicionales si se trata de persona moral			
Escritura pública		Registro patronal en el IMSS	

Titular de la agencia de colocación

Nombre (s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Secretaría del Trabajo y Previsión Social

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 _____.