



PODER EJECUTIVO
DEL ESTADO DE
SAN LUIS POTOSÍ

POTOSÍ
sin límites
GOBIERNO DEL ESTADO 2021-2027



CCLSLP
CENTRO DE CONCILIACIÓN
LABORAL DEL ESTADO DE
SAN LUIS POTOSÍ

FOLIO: _____

"NO LLENAR" EXCLUSIVO DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN

CCL/SLP/_____/ 2026/ S- ____/ FECHA ____/ ____/ 2026 ____: ____ HRS

SOLICITUD DE CONCILIACIÓN

MTRA. CECILIA SENLLACE OCHOA LIMON
DIRECTORA DEL CENTRO DE CONCILIACIÓN
LABORAL DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ.
P R E S E N T E.-

YO _____ mexicano(a), mayor de edad
con CURP _____, Fecha de nacimiento; Día _____ Mes _____ Año _____
Edad _____, sexo H _____ M _____, Estado de nacimiento _____,
Nacionalidad _____, con domicilio para oír y recibir notificaciones en:
Calle _____, núm. _____ interior _____ colonia _____
Municipio/ localidad _____, Estado _____ CP _____
Correo electrónico _____, teléfono fijo _____
Teléfono celular _____.

EN CASO DE CONDICIÓN DE PERTENENCIA A GRUPO VULNERABLE (MARQUE LO QUE CORRESPONDA):

- ☐ Embarazada.
☐ Adulto mayor de 60 años y más.
☐ Persona con discapacidad.
☐ Perteneciente a un grupo de comunidades indígenas
☐ Otro (especifique): _____

DATOS DEL EMPLEO:

Puesto _____
Al día me pagan \$ _____.
Horas de jornada laboral semanales _____, tipo de jornada; Diurna _____, Nocturna _____, Mixta _____,
fecha de ingreso _____, fecha de conflicto o salida _____
aún sigo laborando _____.

Comparezco ante usted de la manera más atenta para exponer lo siguiente.



PODER EJECUTIVO
DEL ESTADO DE
SAN LUIS POTOSÍ

POTOSÍ
sin límites
GOBIERNO DEL ESTADO 2021-2027



CCLSLP
CENTRO DE CONCILIACIÓN
LABORAL DEL ESTADO DE
SAN LUIS POTOSÍ

UNICO. - Que mediante el presente escrito y acorde a lo establecido en los artículos 684-B y 684 C de la Ley Federal del Trabajo, solicito una **AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN PREJUDICIAL** y para tal efecto proporciono los siguientes datos:

NOMBRE DE LA EMPRESA Y / O PATRÓN (A QUIEN CITA):

A QUE SE DEDICA LA EMPRESA (ACTIVIDAD):

QUIEN RESULTE RESPONSABLE Y/O LEGÍTIMO PROPIETARIO DE LA FUENTE DE TRABAJO UBICADA EN:

Calle _____, núm. _____ interior _____ colonia _____

Municipio/ localidad _____, Estado _____, CP _____

Teléfono _____ extensión _____.

ANTERIORMENTE HAS CITADO A LA EMPRESA SI _____ NO _____

OBJETO DE LA CITA:

1. Me despidieron sin justificación ()
2. Pago de prestaciones (falta de pago por parte de la empresa; finiquito, vacaciones, horas extras, sueldo, aguinaldo, PTU) ()
3. Rescisión de la relación de trabajo (la persona trabajadora quiere rescindir la relación de trabajo por incumplimiento de contrato) ()
4. Derecho de preferencia (promoción dentro de la empresa sin ser tomado en cuenta) ()
5. Derecho de antigüedad (reconocimiento del tiempo trabajado) ()
6. Derecho de ascenso (promoción para poder subir de puesto y no fue tomado en cuenta) ()
7. Terminación voluntaria de la relación de trabajo (la persona trabajadora decide renunciar a su trabajo) ()

San Luis Potosí, San Luis Potosí, a _____ de _____ de 2026

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA

RECEPCIÓN DE SOLICITUDES:

HORARIO DE 9:00 A 13:30 (YA CON FOLIO GENERADO EN EL SISTEMA)

REQUISITOS:

LLENAR CON LETRA LEGIBLE

ORIGINAL Y 1 COPIA DE LA SOLICITUD

1 COPIA INE POR AMBOS LADOS LEGIBLE

INGRESAR SOLICITUD: <https://sinacol.slp.gob.mx/asesoria/seleccion>

TRAMITE PERSONAL (FOLIO POR TRABAJADOR)

