



**“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 LEGITIMO 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: [ccl.slp.gob.mx](http://ccl.slp.gob.mx)

**TRAMITE PERSONAL (FOLIO POR TRABAJADOR)**