



PODER EJECUTIVO
DEL ESTADO DE
SAN LUIS POTOSÍ

CCLSLP
CENTRO DE CONCILIACIÓN
LABORAL DEL ESTADO
DE SAN LUIS POTOSÍ

“NO LLENAR ESTE RECUADRO” EXCLUSIVO DEL CENTRO DE CONCILIACION

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

SOLICITUD DE CONCILIACIÓN PERSONA FISICA - TRABAJADOR

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

La persona física _____, quien se identi5ica
con (credencial de elector/pasaaporte/etc.) con clave de elector / número de folio
_____, con domicilio para oír y recibir noti5icaciones: Calle y núm.
_____, colonia _____
Municipio/localidad _____,
Estado _____, CP _____
Correo electrónico _____, Teléfono _____
comparezco ante usted de la manera más atenta para exponer lo siguiente:

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 CONCILIACION PREJUDICIAL** y para tal efecto proporciono los siguientes datos:

NOMBRE DEL TRABAJADOR: _____
Calle y núm. _____, colonia _____
Municipio _____, Estado _____, CP. _____



PODER EJECUTIVO
DEL ESTADO DE
SAN LUIS POTOSÍ

CCLSLP
CENTRO DE CONCILIACIÓN
LABORAL DEL ESTADO
DE SAN LUIS POTOSÍ

OBJETO DE LA CITA: _____

NOTIFICACION:

Me comprometo a llevar el citatorio al trabajador(a)

San Luis Potosí, San Luis Potosí A _____ de _____ del 2026

ATENTAMENTE

NOMBRE Y FIRMA

Requisitos:

Original y 1 copias de la solicitud de conciliación

1 copias INE por ambos lados

Copia del RFC

1 copias Comprobante de domicilio

sinacol.slp.gob.mx

<https://ccl.slp.gob.mx>