



Folio: \_\_\_\_\_

Clave de formato: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SERVICIO:

Asistencia Jurídico- Laboral para la Población Trabajadora de la Ciudad de México.

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

C. Procurador(a) General de la Defensa del Trabajo \_\_\_\_\_

Presente

Declaro bajo protesta de decir verdad que la información y documentación proporcionada es verídica, por lo que en caso de existir falsedad en ella, tengo pleno conocimiento que se aplicarán las sanciones administrativas y penas establecidas en los ordenamientos respectivos para quienes se conducen con falsedad ante la autoridad competente, en términos del artículo 32 de la Ley de Procedimiento Administrativo, con relación al 311 del Código Penal, ambos del Distrito Federal.

**Información al interesado sobre el tratamiento de sus datos personales**

Los datos personales recabados serán protegidos e incorporados según sea el caso al "Sistema de Datos Personales de las Solicitantes de Asesoría y Atención a Mujeres Trabajadoras" o al "Sistema de Datos Personales de las Acciones de Conciliación y Defensoría", los cuales tienen su fundamento en el artículo 12 fracción V de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Distrito Federal, cuya finalidad es contar con la información y datos necesarios que permitan a la Procuraduría de la Defensa del Trabajo, asesorar legalmente a la población trabajadora de la Ciudad de México, así como elaborar información estadística sobre el cumplimiento de las metas programático presupuestales información que podrá ser transmitida a la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo, para su seguimiento, además de otras transmisiones previstas en la Ley de Datos Personales.

Asimismo se le informa que sus datos no podrán ser transmitidos sin su consentimiento, salvo las excepciones previstas en la ley aplicable.

El (a) responsable de los sistemas de datos personales es la Lic. Monica López Moncada con correo electrónico mlopezmo@df.gob.mx y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como la revocación del consentimiento es en Av. San Antonio Abad 122, 4° piso, Col. Tránsito, Del. Cuauhtémoc, C. P. 06820, México D.F. Tel. 5740 2285.

El interesado podrá dirigirse al Instituto de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales de esta Ciudad de México donde recibirá los derechos de tutela de la Ley de Protección de Datos Personales para el Distrito Federal o al teléfono 5636-4636; correo electrónico: datospersonales@infodf.org.mx o www.infodf.org.mx.

**CÉDULA DE REGISTRO DE DATOS DE ASISTENCIA JURIDICO-LABORAL PARA LA POBLACION TRABAJADORA DE LA CIUDAD DE MÉXICO: INDEMNIZACIÓN ( ), REINSTALACION ( ), RESCISIÓN ( ), PAGO DE PRESTACIONES ( ), FINIQUITO ( ), DESIGNACION DE BENEFICIARIOS ( ), PROBABLE RIESGO DE TRABAJO ( ), REPARTO DE UTILIDADES ( ), CAMBIO DE CONDICIONES ( ), OTRO ( \_\_\_\_\_ ).**

Procurador (a) _____	Cédula _____
Fecha de Inicio _____	Junta _____
Fecha de Prescripción _____	

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Nombre y Apellidos _____	Edad _____
Fecha de Nacimiento _____	Escolaridad _____ Hijos _____
Tiene IMSS Si _____ No _____	Estado Civil _____ Como se entero de la Procuraduría _____
Domicilio Calle _____	N° Ext. _____ N° Int. _____ Colonia _____
Delegación o Municipio _____	Estado _____ C.P. _____
Tel. Fijo _____	Tel. Movil _____ Correo Electrónico _____
Nombre y teléfono de un familiar o amigo _____	
Nombre del Dueño, Patrón y/o Empleador _____	
Nombre de la Empresa y/o Razón Social _____	
¿Ha cambiado de nombre y/o domicilio la Empresa? SI _____ NO _____	¿Cuántas veces? _____
Domicilio de la Empresa Calle _____	N° Ext. _____ N° Int. _____ Colonia _____
Delegación _____	C.P. _____ Referencia _____
Puesto, Cargo o Categoría que desempeñaba _____	
Giro y/o Actividad de la Empresa _____	
Fecha en que ingreso a laborar Dia _____ Mes _____ Año _____	Antigüedad _____
Horario laboral _____	Día(s) de Descanso _____
Hora de entrada _____	Hora de salida _____ Registraba su asitencia con _____

Tiempo y Hora para ingerir alimentos	<input type="text"/>	Dentro	<input type="text"/>	Fuera	<input type="text"/>	del Centro de Trabajo
Lugar que le fue asignado para desempeñar el trabajo	Calle	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>		
Colonia	<input type="text"/>	Delegación	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>	
Nombre, apellidos y cargo del Jefe Inmediato <input type="text"/>						
<b>PARA SER LLENADO EN EL CASO DE SEPARACION</b>						
Motivo de la finalizacion de la relacion laboral:	SEPARACIÓN VOLUNTARIA ( )		DESPIDO INJUSTIFICADO ( )			
Fecha dela separacion:	Día	<input type="text"/>	Mes	<input type="text"/>	Año	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	Hora	<input type="text"/>
Nombre, apellidos y cargo de quien los despidió <input type="text"/>						
Dirección donde fue el despido	Calle	<input type="text"/>	N° Ext.	<input type="text"/>	N° Int.	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Delegación	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>	Referencia	<input type="text"/>	
Firmo:	Renuncia	<input type="text"/>	Documentos en blanco	<input type="text"/>	Pagaré	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	Finiquito	<input type="text"/>
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>
<b>PARA SER LLENADO EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO</b>						
<b><u>Fecha y hora del accidente</u></b> <input type="text"/>						
<b>Lugar del accidente</b> <input type="text"/>						
<b>Institución médica en el que fue atendido por primera ocasión</b> <input type="text"/>						
<b>Lesiones sufridas por el accidente</b> <input type="text"/>						
<b>Domicilio de la institución médica en el que fue atendido</b> <input type="text"/>						
<b>Documento emitido por la institución médica</b> <input type="text"/>						
<b>Fecha y hora de ingreso a la institución medica</b> <input type="text"/>						
Persona(s) que lo ingreso parentesco o cargo <input type="text"/>						
ingreso personalmente <input type="text"/>						
Médico que lo atendió <input type="text"/>						
Tratamiento médico que le proporciono <input type="text"/>						
Diagnostico que emitió <input type="text"/>						
Recomendación médica que se le hizo <input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Alta definitiva <input type="text"/>						
Periodo de licencia médica <input type="text"/>						
Gastos que realizo para su atención (cantidades y conceptos) <input type="text"/>						
						Total: \$ <input type="text"/>
<b>EN CASO DE MUERTE POR PROBABLE RIESGO DE TRABAJO</b>						
Número y fecha de Averiguación Previa o Indagatoria <input type="text"/>						
<b>PARA SER LLENADO EN EL CASO DE DESIGNACION DE BENEFICIARIOS</b>						
Nombre del usuario <input type="text"/>						
Nombre (s) del (os/as) Beneficiarios (as) <input type="text"/>						
Parentesco con el Finado (a) <input type="text"/>						
Domicilio actual del (os/as) Beneficiarios (as)						
	Calle	<input type="text"/>	N° Ext.	<input type="text"/>	N° Int.	<input type="text"/>
Colonia	<input type="text"/>	Delegación	<input type="text"/>	C.P.	<input type="text"/>	
Tel. Fijo	<input type="text"/>	Tel. Móvil	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>	

<b>Fecha del Fallecimiento</b>		
<b>Lugar del Fallecimiento</b>		
<b>Causas del Fallecimiento</b>		
<b>Esposa(o)/Concubina(o)</b>	Fecha de Matrimonio o inicio de la relación concubinaría	
Nombres y edades de los (as) hijos (as) (solo menores de edad o mayor de edad si tienen una discapacidad del 50% o más)		
En su caso tipo de discapacidad calificada por el IMSS o alguna institución médica		
<b>EN CUALQUIERA DE LOS CASOS ANTERIORES DESCRIBA BREVEMENTE LOS HECHOS OCURRIDOS:</b>		
<b>REQUISITOS GENERALES</b>		
Formato (clave) debidamente requisitado y firmado	Datos Generales de la empresa y/o patrón (nombre, domicilio, actividad)	
Datos generales de la trabajadora (s) y/o trabajador (es)	Que el domicilio de la empresa y/o patrón sea en el Distrito Federal.	
En su caso, documentos que acrediten la relación laboral tales como: contrato individual de trabajo, recibos de salario, aviso de alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), INFONAVIT, SAR, contrato colectivo de trabajo, depósitos bancarios, credenciales, constancias y/o cualquier documento que acredite la relación de trabajo. (1 copia simple de cada documento)		
<b>&amp; Tratándose de probable riesgo de trabajo:</b>		
Documentación de la atención médica y comprobante de gastos médicos. (original y copia simple)		
<b>&amp; Tratándose de Designación de Beneficiarios</b>		
Acta de defunción del (a) trabajador (a) certificada, documentación laboral (nombre de la empresa, croquis detallado del domicilio de la misma, nombre del jefe inmediato, copia credencial de elector de tres testigos que refieran la dependencia económica del beneficiario (a) y/o denuncia penal emitida por el ministerio público si el fallecimiento del (a) trabajador (a) fue resultado de un accidente de trabajo.	Concubinos: constancia de soltería de ambos concubinos emitida por el Registro Civil, copia certificada de acta de nacimiento de los hijos (as), recibos bancarios, partes médicos, créditos adquiridos por ambos, comprobantes domiciliarios o documentos que acrediten relación concubinaría.	
Padres del trabajador (a): acta de nacimiento del trabajador certificada, constancia de soltería del (a) trabajador (a) emitida por el Registro Civil.	Cónyuges e hijos (as) menores de 16 años: acta de matrimonio certificada, acta de nacimiento de los hijos (as) con vigencia al momento del fallecimiento del trabajador (fecha de emisión posterior al fallecimiento).	
Colaterales: constancia de soltería del trabajador (a) y del (a) beneficiario (a) emitida por el registro civil. Así como cualquier documento que acredite la filiación, así como el que no existe algún otro beneficiario mayoritario.	Hijos (as) mayores de 16 y menores de 25: constancia de estudios del solicitante emitida por institución educativa, así como constancia de soltería	
<b>&amp; Tratándose de embarazo, los Periodos Prenatales y Pos-natales:</b>		
Las incapacidades correspondientes. (original y copia simple)		
<b>&amp; Tratándose de Reparto de utilidades</b>		
Recibos de pago o cualquier documento que acredite la relación laboral. (copia simple)		
<b>FUNDAMENTO JURÍDICO</b>		
Ley Federal del Trabajo, Artículos 523 fracciones III y IV, 530 fracción I y III.	Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, Artículo 119 Septimus.	
Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, Artículo 44.	Reglamento de la Procuraduría de la Defensa del Trabajo del Distrito Federal, Artículos 4-7.	

**\*DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO**

Acepto la representación legal de esta Procuraduría bajo mi más estricta responsabilidad manifiesto que los datos que anteceden son ciertos y fueron revisados por el suscrito y estoy de acuerdo con la información que fue capturada en la base de datos, misma que tuve a la vista para su revisión y autorizando en consecuencia a esta institución ejercitar y reclamar en mi nombre y representación lo que en derecho me corresponda, judicial y/o administrativamente, otorgándole poder a sus funcionarios en términos de la carta poder anexa. Así mismo me obligo a entregar todos los datos, documentos e informes que obren en mi poder y acudir a todas y cada una de las audiencias y/o citas a que sea convocado por la Procuraduría de la Defensa del Trabajo del D.F. comprometiéndome a informarme personalmente en las oficinas la misma dependencia cuando menos 40 días para conocer las fechas de audiencia que me señalen y la situación jurídica que guarde mi caso, así como presentar a los testigos de los hechos, con el apercibimiento que de no cumplir con lo antes señalado relevo de toda responsabilidad laboral, administrativa, civil y/o penal a los funcionarios que me patrocinaron por el resultado final que obtenga en los trámites realizados, enterado que los servicios que presta la Procuraduría de la Defensa del Trabajo del D.F. son gratuitos, así como SI \_\_\_ NO \_\_\_ Otorgo el consentimiento para que mis datos sean difundidos.

Costo	Sin Costo
Beneficio a obtener	Atención especializada gratuita con personal experto en conflictos laborales
Vigencia del Beneficio a obtener	
Plazo máximo de respuesta	Inmediato
Procedencia de la Afirmativa o Negativa Ficta	No porcede

Observaciones	<p>*Podrán solicitarse requisitos adicionales tales como documentación necesaria en original acorde a las características específicas del asunto de que se trate.</p> <p>*En caso de despido la o el trabajador (es) debe (n) acudir a presentar solicitud de asesoría y/o patrocinio jurídico en un lapso no mayor de dos meses contados a partir de la separación de su empleo, para el supuesto de indemnización por despido injustificado.</p> <p>*Las y los trabajadores para reclamar el pago de indemnización por riesgo de trabajo, así como las y los beneficiarios en los casos de muerte por riesgos de trabajo, disponen de dos años, a partir de la fecha en que sufrió el accidente o a partir de la fecha del deceso del trabajador según sea el caso .</p> <p>*Para reclamar el pago de prestaciones tales como finiquito por renuncia, despido sin responsabilidad del patrón, o despido injustificado no reclamadas en el lapso de dos meses, la o el trabajador (es) dispondrán de un año para ejercer las acciones correspondientes, a partir de la fecha en que la obligación sea exigible.</p> <p>*Las y los beneficiarios de trabajadores fallecidos por muerte natural o causas ajenas al trabajo disponen de un año para reclamar las prestaciones laborales que hubiere generado el trabajador al momento del fallecimiento.</p> <p>*Se cuenta con un año para poder reclamar el pago de las utilidades generadas, cuyo termino empezará a correr a partir del día primero de junio del año de su exigibilidad y hasta el treinta de mayo del siguiente año al que se hizo exigible, en el caso de que el empleador sea persona moral y en caso de que el empleador sea persona física corre a partir del primero de julio del año de su exigibilidad y hasta el treinta de junio del siguiente año al que se hizo exigible dicha prestación, el cual estará condicionado a que la empresa o persona física las haya obtenido.</p> <p>*El plazo mínimo de respuesta puede ser de un día en el caso de acuerdos conciliatorios previos celebrados entre la o el trabajador (es) y los empleadores, y máximo hasta 20 días hábiles aproximadamente para la celebración de pláticas conciliatorias.</p> <p>*En el supuesto de patrocinio jurídico, la presentación de la demanda laboral, el plazo para conocer la fecha de su audiencia, número de expediente, junta de radicación y abogado asignado para su representación es aproximadamente de 45 días naturales.</p>
---------------	---

Nombre y Firma del (a) Solicitante

LA PRESENTE HOJA Y LA FIRMA QUE APARECE AL CALCE, FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA JURÍDICO-LABORAL A LA POBLACIÓN TRABAJADORA DEL DISTRITO FEDERAL., DE FECHA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

El interesado entregará la solicitud por duplicado y conservará un ejemplar para acuse de recibo que contenga sello original y firma autógrafa del servidor público que recibe.

Recibió (para ser llenado por la autoridad)	
Área	
Nombre	
Cargo	
Firma	

Sello de recepción



**QUEJAS O DENUNCIAS**

**QUEJATEL LOCATEL 56 58 11 11, HONESTEL 55 33 55 33.**

**DENUNCIA** irregularidades a través del **Sistema de Denuncia Ciudadana** vía Internet a la dirección electrónica <http://www.anticorrupcion.df.gob.mx/index.php/sistema-de-denuncia-ciudadana>