

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Registro Patronal: \_\_\_\_\_

Domicilio del Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

A quien corresponda,

Por medio de la presente, se certifica que el(la) Sr.(a) \_\_\_\_\_, con Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_, labora en nuestra empresa \_\_\_\_\_ desde el \_\_\_\_\_, desempeñándose en el puesto de \_\_\_\_\_. Su salario mensual es de \_\_\_\_\_ pesos, y tiene un horario de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

El(la) Sr.(a) \_\_\_\_\_ se encuentra debidamente registrado(a) ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cumpliendo con todas las obligaciones patronales y laborales que establece la ley.

El(la) Sr.(a) \_\_\_\_\_ ha sido diagnosticado(a) con \_\_\_\_\_ y se le ha otorgado una incapacidad temporal por parte del IMSS a partir del \_\_\_\_\_ y hasta el \_\_\_\_\_, según el certificado de incapacidad emitido por el IMSS.

Se extiende la presente a solicitud del interesado para los fines que considere convenientes.

Atentamente,

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Puesto del Representante Legal: \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Contacto de la Empresa: \_\_\_\_\_