

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

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

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

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

A quien corresponda,

Por medio de la presente, se certifica que la Sra. \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_.

La Sra. \_\_\_\_\_ ha sido diagnosticada con embarazo y se le ha  
otorgado una incapacidad por maternidad 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 de la interesada 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: \_\_\_\_\_