Nombre del Empleador: [NOMBRE DE LA EMPRESA]  
Registro Patronal: [NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL]  
Domicilio del Empleador: [DOMICILIO DE LA EMPRESA]  
Fecha: [FECHA DE EMISIÓN]

A quien corresponda,

Por medio de la presente, se certifica que la Sra. [NOMBRE DEL EMPLEADO], con Número de Seguridad Social [NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL], labora en nuestra empresa [NOMBRE DE LA EMPRESA] desde el [FECHA DE INGRESO], desempeñándose en el puesto de [PUESTO DEL EMPLEADO]. Su salario mensual es de [SALARIO MENSUAL] pesos, y tiene un horario de [HORARIO DE ENTRADA] a [HORARIO DE SALIDA].

La Sra. [NOMBRE DEL EMPLEADO] ha sido diagnosticada con embarazo y se le ha otorgado una incapacidad por maternidad por parte del IMSS a partir del [FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD POR MATERNIDAD] y hasta el [FECHA DE TÉRMINO DE LA INCAPACIDAD POR MATERNIDAD], 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]