



COORDINACION ESTATAL VERACRUZ IMSS BIENESTAR

|   |  |                  |
|---|--|------------------|
| <b>NOMBRE:</b> CORRALES URIETA KARLA DE JESUS   | <b>JORNADA Y HORARIO:</b>                                    |                  |
| <b>RFC:</b> COUK971029CP1   | <b>N°ONA Y AÑO:</b> 15 2025                                  |                  |
| <b>CURP:</b> COUK971029MVZRRR01   | <b>CLUES:</b> VZIMB000826                                    | <b>HOSPITAL:</b> |
| <b>CODIGO DE PUESTO:</b> M12002   | <b>DESCRIPCION DEL PUESTO:</b> ENFERMERA DE ATENCION CLINICA |                  |
| <b>SERVICIO AL QUE PERTENECE:</b> SIN ASIGNAR   |  |                  |
| <b>HOSPITAL Y/O JURISDICCION:</b> HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR.VALENTIN GOMEZ FARIAS |  |                  |

| FECHA      | HORARIO DE ENTRADA | HORARIO DE SALIDA | OBSERVACIONES |
|------------|--------------------|-------------------|---------------|
| 2025-08-03 | 06:39:35           | 15:04:33          |               |
| 2025-08-04 | 06:55:13           | 15:00:53          |               |
| 2025-08-05 | 06:53:19           | 15:00:11          |               |
| 2025-08-06 | 06:49:23           | 15:00:48          |               |
| 2025-08-07 | 06:54:37           | 15:00:16          |               |
| 2025-08-10 | 06:48:04           | 15:00:41          |               |
| 2025-08-11 | 06:48:07           | 15:06:39          |               |
| 2025-08-12 | 06:46:57           | 15:06:13          |               |
| 2025-08-13 | 06:54:37           | 15:02:32          |               |
| 2025-08-14 | 06:51:41           | 15:03:19          |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |

**SELLO DE LA UNIDAD**

**DIA QUE SE DESCUENTA:**  
**DIA DE LA OMISION DE ENTRADA Y/O SALIDA:**  
**DIA DE LA SUSPENSION:**  
**HOSPITAL RESPONSABLE:**

