



**COORDINACION ESTATAL VERACRUZ IMSS BIENESTAR**

|                                                                                               |                                                              |                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>NOMBRE:</b> MORA VALENCIA FERNANDO                                                         | <b>JORNADA Y HORARIO:</b>                                    |                  |
| <b>RFC:</b> MOVF970422BL0                                                                     | <b>N°QNA Y AÑO:</b>                                          |                  |
| <b>CURP:</b> MOVF970422HVZRLR09                                                               | <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 JURISDICCIÓN:</b> HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS DR.VALENTIN GOMEZ FARIAS |                                                              |                  |

| FECHA | HORARIO DE ENTRADA | HORARIO DE SALIDA | OBSERVACIONES |
|-------|--------------------|-------------------|---------------|
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |
|       |                    |                   |               |

SELLO DE  
LA UNIDAD

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

