



COORDINACION ESTATAL VERACRUZ IMSS BIENESTAR

|   |   |                  |
|---|---|------------------|
| <b>NOMBRE:</b> PALMA SALAS KARLA YAMILETH   | <b>JORNADA Y HORARIO:</b>                             |                  |
| <b>RFC:</b> PASK9405024B4   | <b>N°QNA Y AÑO:</b> 16 2025                           |                  |
| <b>CURP:</b> PASK940502MVZLLR08   | <b>CLUES:</b> VZIMB000826                             | <b>HOSPITAL:</b> |
| <b>CODIGO DE PUESTO:</b> M12003   | <b>DESCRIPCION DEL PUESTO:</b> AUXILIAR DE ENFERMERIA |                  |
| <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 |
|------------|--------------------|-------------------|---------------|
| 2025-08-16 | 07:10:28           | 15:13:47          |               |
| 2025-08-17 | 07:03:52           | 15:15:58          |               |
| 2025-08-18 | 07:09:44           | 15:08:52          |               |
| 2025-08-21 | 07:11:25           | 15:25:00          |               |
| 2025-08-22 | 07:04:22           | 15:38:21          |               |
| 2025-08-23 | 07:02:57           | 15:26:56          |               |
| 2025-08-24 | 07:03:17           | 15:00:37          |               |
| 2025-08-25 | 07:03:31           | 15:09:05          |               |
| 2025-08-28 | 07:04:04           | 15:17:03          |               |
| 2025-08-29 | 07:03:59           | 15:21:04          |               |
| 2025-08-30 | 07:04:08           | 15:18:02          |               |
| 2025-08-31 | 07:03:22           | 15:00:47          |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |

**SELLO DE LA UNIDAD**

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

