



COORDINACION ESTATAL VERACRUZ IMSS BIENESTAR

|   |   |                  |
|---|---|------------------|
| <b>NOMBRE:</b> CONSTANTINO MENDEZ CARLOS  | <b>JORNADA Y HORARIO:</b>                                   |                  |
| <b>RFC:</b> COMC880818CIO   | <b>N°QNA Y AÑO:</b> 16 2025                                 |                  |
| <b>CURP:</b> COMC880818HDFNNR0  | <b>CLUES:</b> VZIMB000826                                   | <b>HOSPITAL:</b> |
| <b>CODIGO DE PUESTO:</b> M11001   | <b>DESCRIPCION DEL PUESTO:</b> MEDICO ESPECIALISTA HOSPITAL |                  |
| <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 |
|------------|--------------------|-------------------|---------------|
| 2025-08-18 | 14:08:18           | 22:01:12          |               |
| 2025-08-19 | 13:44:31           | 22:02:13          |               |
| 2025-08-20 | 14:07:44           | 22:01:42          |               |
| 2025-08-21 | 14:13:08           | 22:02:09          |               |
| 2025-08-25 | 14:08:22           | 22:01:31          |               |
| 2025-08-26 | 14:10:15           | 22:00:45          |               |
| 2025-08-27 | 14:23:57           | 22:01:32          |               |
| 2025-08-28 | 14:08:31           | 22:02:23          |               |
| 2025-08-29 | 14:19:13           | 22:06:40          |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |

**SELLO DE LA UNIDAD**

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

