



COORDINACION ESTATAL VERACRUZ IMSS BIENESTAR

|   |  |                  |
|---|--|------------------|
| <b>NOMBRE:</b> TOLEDO RAMOS ALEXIS  | <b>JORNADA Y HORARIO:</b>                            |                  |
| <b>RFC:</b> TORA9602265Y6   | <b>N°QNA Y AÑO:</b> 16 2025                          |                  |
| <b>CURP:</b> TORA960226HHGLML00   | <b>CLUES:</b> VZIMB000826                            | <b>HOSPITAL:</b> |
| <b>CODIGO DE PUESTO:</b> M01004   | <b>DESCRIPCION DEL PUESTO:</b> MEDICO ESPECIALISTA A |                  |
| <b>SERVICIO AL QUE PERTENECE:</b> CIRUGIA   |  |                  |
| <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 | 07:09:00           | 15:00:27          |               |
| 2025-08-19 | 06:44:24           | 15:04:04          |               |
| 2025-08-20 | 07:06:50           | 15:53:48          |               |
| 2025-08-21 | 06:48:45           | 15:19:17          |               |
| 2025-08-22 | 07:02:09           | 15:12:15          |               |
| 2025-08-25 | 07:02:19           | 15:30:52          |               |
| 2025-08-26 | 06:52:07           | 15:48:26          |               |
| 2025-08-27 | 07:01:30           | 16:43:17          |               |
| 2025-08-28 | 07:01:05           | 15:00:18          |               |
| 2025-08-29 | 06:56:17           | 15:24:53          |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |
|            |                    |                   |               |

**SELLO DE LA UNIDAD**

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

