



# CORTE DE CAJA

FECHA  
**29/08/2024**

**Encargada Atención al Paciente:**

**Alison Ruiz**

Total Efectivo(MXN)

**\$22,000.00**

**Cierre**

**\$22,000.00**

Total Efectivo (USD)

**\$0.00**

(0.00\$)

Total Tarjeta

**\$0.00**

**Firma**

Total Depósito

**\$0.00**

Total Transferencia

**\$0.00**

**Nombre y Firma quien recibe**