



# CORTE DE CAJA

FECHA  
**15/10/2024**

**Encargada Atención al Paciente:**

**Administrador**

Total Efectivo(MXN) **\$7,000.00**

**Otro**

**\$ 0.00**

Total Efectivo (USD) **\$0.00**

**Cierre**

**\$ 25,500.00**

Total Tarjeta **\$14,500.00**

**F**

Total Depósito **\$0.00**

Total Transferencia **\$4,000.00**

**Pedregal**

**Nombre y Firma quien recibe**