



# CORTE DE CAJA

FECHA  
**30/11/2024**

**Encargada Atención al Paciente:**

**Alison Ruiz**

Total Efectivo(MXN)

**\$0.00**

**Otro**

**\$ 0.00**

Total Efectivo (USD)

**\$0.00**

**Cierre**

**\$ 49,000.00**

Total Tarjeta

**\$39,000.00**

Total Depósito

**\$0.00**

Total Transferencia

**\$10,000.00**

**F**

**Queretaro**

**Nombre y Firma quien recibe**