

CORTE DE CAJA

FECHA

Encargada Atención al Paciente:

Total Efectivo(MXN)	\$	Cierre	\$
Total Efectivo (USD)	\$		
Total Tarjeta	\$	2/4/	Firma
Total Depósito	\$		Firma
Total Transferencia	\$		
	,	Ne	ombre y Firma quien recibe