



# CORTE DE CAJA

FECHA  
**15/12/2024**

**Encargada Atención al Paciente:**

**Adriana Silva**

Total Efectivo(MXN)

**\$0.00**

**Otro**

**\$ 0.00**

Total Efectivo (USD)

**\$0.00**

**Cierre**

**\$ 5,000.00**

Total Tarjeta

**\$0.00**

Total Depósito

**\$0.00**

Total Transferencia

**\$5,000.00**

**F**

**Santa Fe**

**Nombre y Firma quien recibe**