



# CORTE DE CAJA

FECHA  
**16/10/2024**

**Encargada Atención al Paciente:**

**Administrador**

Total Efectivo(MXN)

**\$0.00**

**Otro**

**\$ 0.00**

Total Efectivo (USD)

**\$0.00**

**Cierre**

**\$ 2,000.00**

Total Tarjeta

**\$2,000.00**

**F**

Total Depósito

**\$0.00**

Total Transferencia

**\$0.00**

**Pedregal**

**Nombre y Firma quien recibe**