



# CORTE DE CAJA

FECHA  
**30/08/2024**

**Encargada Atención al Paciente:**

**Alison Ruiz**

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

**Cierre**

**\$16,000.00**

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

Total Tarjeta **\$4,000.00**

**Firma**

Total Depósito **\$0.00**

Total Transferencia **\$5,000.00**

**Nombre y Firma quien recibe**