

CORTE DE CAJA

FECHA

Encargada Atención al Paciente:

Total Efectivo(MXN)

\$

Otro

\$

Total Efectivo (USD)

\$

Cierre

\$

Total Tarjeta

\$

Total Depósito

\$

Total Transferencia

\$

Firma

Nombre y Firma quien recibe