



# CORTE DE CAJA

FECHA  
**23/08/2024**

**Encargada Atención al Paciente:**

**Alison Ruiz**

Total Efectivo(MXN)

**\$0.00**

**Cierre**

**\$35,098.00**

Total Efectivo (USD)

**\$0.00**

(0.00\$)

Total Tarjeta

**\$5,000.00**

**Firma**

Total Depósito

**\$0.00**

Total Transferencia

**\$30,098.00**

**Nombre y Firma quien recibe**