



# CORTE DE CAJA

FECHA  
**18/10/2024**

**Encargada Atención al Paciente:**

**Administrador**

---

Total Efectivo(MXN)

**\$1.00**

**Cierre**

**\$47.00**

Total Efectivo (USD)

**\$40.00**

(2.00\$)

Total Tarjeta

**\$2.00**

---

**Firma**

Total Depósito

**\$2.00**

Total Transferencia

**\$2.00**

---

**Nombre y Firma quien recibe**