DENUNCIAS POR INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA

SUJETO OBLIGADO: **SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE QUINTANA ROO**

EJERCICIO: **2023**

Cuarto Trimestre

Fecha de Inicio	*Fecha de Termino*	*Número de Denuncia*	*Determinación / fallo (Resolución, desechamiento, sobreseimiento) (Hipervínculo a la determinación)*	*Observaciones*
01/10/2023	***31/12/2023***	***SIN DENUNCIAS EN EL TRIMESTRE***		