DENUNCIAS POR INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA

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

EJERCICIO: **2024**

Primer Trimestre

Fecha de Inicio	*Fecha de Termino*	*Número de Denuncia*	*Determinación / fallo (Resolución, desechamiento, sobreseimiento) (Hipervínculo a la determinación)*	*Observaciones*
01/01/2024	***31/03/2024***	***SIN DENUNCIAS EN EL TRIMESTRE***		