DENUNCIAS POR INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA

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

EJERCICIO: **2024**

Tercer Trimestre

Fecha de Inicio	*Fecha de Termino*	*Número de Denuncia*	*Determinación / fallo (Resolución, desechamiento, sobreseimiento) (Hipervínculo a la determinación)*	*Observaciones*
01/07/2024	*30/09/2024*	*SIN DENUNCIAS EN EL TRIMESTRE*		