DENUNCIAS POR INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA

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

EJERCICIO: **2024**
Cuarto Trimestre

Fecha de Inicio	*Fecha de Termino*	*Número de Denuncia*	*Determinación / fallo (Resolución, desechamiento, sobreseimiento) (Hipervínculo a la determinación)*	*Observaciones*
01/10/2024	***31/12/2024***	***CV/DOT/81-24/CYGA***	***Resolución. Inicio de Acuerdo***	***Notificación del Acuerdo de Inicio 12/12/2024***[1]

[1] Estatus validado con corte al 31/12/2024.