

**INSTITUTO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
DE QUINTANA ROO**

Formato para rendir el informe del Cuarto Trimestre 2025

Sujeto Obligado	SECRETARÍA DE BIENESTAR
Titular de la Unidad de Transparencia	MTRO. YONATHAN BOND JOAQUIN OCAÑA COLIN
Periodo que informa	1 de octubre al 31 de diciembre de 2025
Aspecto a informar	Número de solicitudes presentadas al sujeto obligado, así como la información objeto de las mismas.

Número de solicitudes presentadas durante el periodo que se informa:	16
Número de solicitudes realizadas por hombres:	03
Número de solicitudes realizadas por mujeres:	10
Número de solicitudes realizadas por personas morales:	01
Número de solicitudes en las que no fue posible identificar el tipo de solicitante:	02
Total de Solicituds (4)+(5)+(6)+(7) :	16

Información objeto de las solicitudes presentadas a la Unidad de Transparencia		
No. (9)	Número de solicitud (10)	Información solicitada (11)
60	231282700006025	Solicitud de indicadores del sector eléctrico y de generación distribuida fotovoltaica en Quintana Roo del 2020-2025.
61	231282700006125	Buenos días. De acuerdo con los lineamientos emitidos por la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico, del INSABI (Instituto Nacional de Salud y Bienestar) con motivo de consolidar los Requerimientos de la demanda de medicamentos y material de curación para su adquisición consolidada para el ejercicio 2025 y 2026, solicito atentamente a su institución y a las personas involucradas en dicho proceso los datos capturados en la plataforma AMATES (Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones y Sistemas de Establecimientos de Salud) con motivo de consolidar los Requerimientos de la demanda de medicamentos y material de curación para su adquisición consolidada para el ejercicio 2025 y 2026, solicitar de manera respetuosa lo siguiente: 1. Listado de medicamentos y material de curación capturados en dicho proceso (Carga de la demanda) y mencionada plataforma (AMATES), dicho listado debe contener: a. Fecha de captura, b. Nombre de la Unidad Médica, c. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) de destino, d. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) solicitante, e. Clave del medicamento o Insumo (Clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud), f. Descripción, g. Grupo terapéutico, h. Cantidad solicitada, i. Cantidad ajustada, j. Cantidad validada, k. Precio de Referencia, l. Fuente de Financiamiento, m. Estatus (Autorizado, rechazado, cargado, validado, pendiente de validar), n. Comentario, o. Calendariación de entrega, p. Observaciones y ajustes, 2.- Presupuesto destinado por la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento y Adquisición de Medicamentos y Material de Curación (Código de la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento y Adquisición de Medicamentos y Material de Curación) (Código de la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento y Adquisición de Medicamentos y Material de Curación) (Código de Barras (General)), - Precio de Envío Colectivo, - Dimensiones de Envase Colectivo, - Unidades por Envase Colectivo, - Marca, - Procedencia, - Monto Unitario, - CLUES de Almacén Entrega, - Nombre Almacén Entrega (Nombre para Entregar a CLUES o Destino Final), - Dirección Almacén Destino Final, - Entidad Destino Final, - Fianza, - Partida Presupuestal, - Fecha Límite de Entrega, - Fecha de Entrega, - Fecha de Expedición de Orden, - Estatus (Autorizada, Programada, Reprogramada, Recibida, Completa o Cancelada), - Tipo de Red (Congelación, Red Fria, Temperatura Ambiente y Temperatura Ambiente Controlada), SOLICITAMOS DE LA MANERA MAS ATENTA Dicha INFORMACIÓN SEA ENVIADE EN FORMATO DE HOJA DE CALCULO DE EXCEL. Adjunto a usted ejemplo de la información solicitada, esperando que le sea de utilidad. Agradezco sus atenciones y quedo a la espera de su amable respuesta.
62	231282700006225	Buenos días. Por este medio solicito a usted, muy atentamente, EL INVENTARIO Y DESPLAZAMIENTOS DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL DE CURACIÓN DEL PERÍODO DEL 01 DE ENERO DE 2025 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2025; dicha entrega de información debe contener: - Institución Requiere, - CLUES - Nombre de Almacén - Clave de Medicamento: Código Único que identifica al Insumo - Descripción, - Cantidad Pendiente, - Cantidad Entregar, - Cantidad Solicitada, - Proveedor, - R.F.C. Proveedor, - Número de Procedimiento, - Número de Orden de Suministro (Licitación, Adjudicación, Invitación), - Número de Contrato (Contrato, Licitación o Factura), - Número de Orden de Recibido, - Número de Envío, - Tarjeta de Recibido, - Adquisición, - Código de Almacén, - Fecha de Entrega, - Cantidad de Entrega, - Cantidad Pendiente, - Cantidad Entregada, - Cantidad retenida (Cantidad menor a 12 meses), - Código de Barras (Colectivo), - Código de Barras (General), - Precio de Envío Colectivo, - Dimensiones de Envase Colectivo, - Unidades por Envase Colectivo, - Marca, - Procedencia, - Monto Unitario, - CLUES de Almacén Entrega, - Nombre Almacén Entrega (Nombre para Entregar a CLUES o Destino Final), - Dirección Almacén Destino Final, - Entidad Destino Final, - Fianza, - Partida Presupuestal, - Fecha Límite de Entrega, - Fecha de Entrega, - Fecha de Expedición de Orden, - Estatus (Autorizada, Programada, Reprogramada, Recibida, Completa o Cancelada), - Tipo de Red (Congelación, Red Fria, Temperatura Ambiente y Temperatura Ambiente Controlada), SOLICITAMOS DE LA MANERA MAS ATENTA Dicha INFORMACIÓN SEA ENVIADE EN FORMATO DE HOJA DE CALCULO DE EXCEL. Adjunto a usted ejemplo de la información solicitada, esperando que le sea de utilidad. Agradezco sus atenciones y quedo a la espera de su amable respuesta.
63	231282700006325	Buenos días. De acuerdo con los lineamientos emitidos por la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico, del INSABI (Instituto Nacional de Salud y Bienestar) con motivo de consolidar los Requerimientos de la demanda de medicamentos y material de curación para su adquisición consolidada para el ejercicio 2025 y 2026, solicito atentamente a su institución y a las personas involucradas en dicho proceso los datos capturados en la plataforma SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFICOS (SIGGC) VERSIÓN 4.0, realizada entre el 01 de enero 2025 y el 30 de septiembre 2025, peticiono se realice para el ejercicio 2025 y 2026, solicito atentamente a su institución y a las personas involucradas en dicho proceso los datos capturados en la plataforma SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFICOS (SIGGC) VERSIÓN 4.0, realizada entre el 01 de enero 2025 y el 30 de septiembre 2025, peticiono se realice para el ejercicio 2025 y 2026, solicito de manera respetuosa lo siguiente: 1. Listado de medicamentos y material de curación capturados en dicho proceso (Carga de la demanda) y mencionada plataforma: SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFICOS (SIGGC) VERSIÓN 4.0, dicho listado debe contener: a. Fecha de captura, b. Nombre de la Unidad Médica, c. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) de destino, d. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) solicitante, e. Clave del medicamento o Insumo (Clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud), f. Descripción, g. Grupo terapéutico, h. Cantidad solicitada, i. Cantidad ajustada, j. Cantidad validada, l. Partida Presupuestal, m. Estatus (Autorizado, rechazado, cargado, validado, pendiente de validar), n. Comentario, p. Observaciones y ajustes, 2.- Presupuesto destinado por fuente de financiamiento para dicho proceso. AGRADECEMOS EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN EN ARCHIVO DE EXCEL, YA QUE SU DESCARGA DESDE LA PLATAFORMA DE SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFICOS (SIGGC) VERSIÓN 4.0 ES COMPATIBLE CON DICHO SOFTWARE. Sin más por el momento, agradezco sus atenciones y estando atento a su oportuna respuesta.

Elaboró	Autorizo
MTRO. RAFAEL PÉREZ FERNÁNDEZ. JEFE DE DEPARTAMENTO DE ARCHIVOS.	MTRO. YONATHAN BOND JOAQUÍN OCAÑA COLÍN. TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y DE ARCHIVOS.



INSTITUTO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
DE QUINTANA ROO

Formato para rendir el informe del Cuarto Trimestre 2025

Sujeto Obligado	SECRETARÍA DE BIENESTAR
Titular de la Unidad de Transparencia	MTRO. YONATHAN BOND JOAQUÍN OCAÑA COLIN
Periodo que informa	1 de octubre al 31 de diciembre de 2025
Aspecto a informar	Número de solicitudes presentadas al sujeto obligado, así como la información objeto de las mismas.

Número de solicitudes presentadas durante el periodo que se informa:	16
Número de solicitudes realizadas por hombres:	03
Número de solicitudes realizadas por mujeres:	10
Número de solicitudes realizadas por personas morales:	01
Número de solicitudes en las que no fue posible identificar el tipo de solicitante:	02
Total de Solicitudes (4)+(5)+(6)+(7) :	16

Elaboró	Autorizó
 MTRÓ. RAFAEL PÉREZ FERNÁNDEZ. JEFE DE DEPTO. DE ARCHIVOS.	 MTRÓ. YONATHAN BOND JOAQUÍN OCAÑA COLÍN. TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y DE ARCHIVOS.

INSTITUTO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
DE QUINTANA ROO

Formato para rendir el informe del Cuarto Trimestre 2025

Sujeto Obligado	SECRETARÍA DE BIENESTAR
Titular de la Unidad de Transparencia	MTRO. YONATHAN BOND JOAQUÍN OCAÑA COLÍN
Periodo que informa	1 de octubre al 31 de diciembre de 2025
Aspecto a informar	Número de solicitudes presentadas al sujeto obligado, así como la información objeto de las mismas.

Número de solicitudes presentadas durante el periodo que se informa:	16
Número de solicitudes realizadas por hombres:	03
Número de solicitudes realizadas por mujeres:	10
Número de solicitudes realizadas por personas morales:	01
Número de solicitudes en las que no fue posible identificar el tipo de solicitante:	02
Total de Solicituds (4)+(5)+(6)+(7) :	16

68	231282700006825	<p>mencionada plataforma (AAMATES), dicho listado debe contener: a. Fecha de captura. b. Nombre de la Unidad Médica. c. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) de destino. d. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) solicitante. e. Clave del medicamento o insumo (Clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud). f. Descripción. g. Grupo terapéutico. h. Cantidad solicitada. i. Cantidad ajustada. j. Cantidad validada. k. Precio de Referencia. l. Fuerza de Financiamiento. m. Estatus (Autorizado, rechazado, cargado, validado, pendiente de validación, pendiente de entrega, p. Observaciones y a. 2. Presupuesto destinado para dicho procedimiento para dicho proceso. AGRADECEREMOS EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN EN ARCHIVO DE EXCEL, YA QUE SU DESCARGA DESDE LA PLATAFORMA DE AAMATES ES COMPATIBLE CON DICHO SOFTWARE. Sin más por el momento, agradezco sus atenciones y estaré atento a su oportuna respuesta.</p> <p>Buenos días. De acuerdo con los lineamientos emitidos por la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico, del INSABI (Instituto Nacional de Salud y Bienestar) con motivo de consolidar los requerimientos de la demanda de medicamentos y material de curación para su adquisición consolidada para el ejercicio 2025 y 2026, solicito atentamente a su Institución y a las personas involucradas en dicho proceso los datos capturados en la plataforma SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFÍCOS (SIGG) VERSIÓN 4.0 realizadas entre el 01 de enero 2025 y el 31 de octubre 2025, esta solicitud se realiza para el ejercicio de estimación de la demanda asociada a los medicamentos e insumos asociados al el PONSABI y SAMAR. De acuerdo con lo anterior, se solicita informar de la demanda en la mencionada plataforma SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFÍCOS (SIGG) VERSIÓN 4.0, dicho listado debe contener: a. Fecha de captura. b. Nombre de la Unidad Médica. c. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) de destino. d. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) solicitante. e. Clave del medicamento o insumo (Clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud). f. Descripción. g. Grupo terapéutico. h. Cantidad solicitada. i. Cantidad ajustada. j. Cantidad validada. k. Precio de Referencia. l. Fuerza de Financiamiento. m. Estatus (Autorizado, rechazado, cargado, validado, pendiente de validación). n. Comentario. p. Observaciones y a. 2. Presupuesto destinado para sufragar el financiamiento para dicho proceso. AGRADECEREMOS EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN EN ARCHIVO DE EXCEL, YA QUE SU DESCARGA DESDE LA PLATAFORMA DE SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFÍCOS (SIGG) VERSIÓN 4.0 ES COMPATIBLE CON DICHO SOFTWARE. Sin más por el momento, agradezco sus atenciones y estaré atento a su oportuna respuesta.</p>
69	231282700006925	<p>Soy madre de un niño de casi 4 años con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Actualmente me encuentro recibiendo información oficial sobre los servicios públicos, derechos y programas de apoyo disponibles en el estado de Quintana Roo, especialmente en el municipio de Solidaridad (Playa del Carmen), y Cancún para menores con esta condición. El objetivo de esta solicitud es conocer las condiciones reales de acceso a la salud, terapias e inclusión educativa para niños con TEA, así como las garantías de protección y desarrollo infantil que ofrece el estado. Actualmente, mi hijo recibe terapias conductuales, terapias tempranas de comportamiento, desarrollo infantil, de lenguaje y cupulaciones de manera continua (semanales 8 a 8 hrs) en el país donde residimos actualmente. Por ello, requiere contar con el servicio de terapias en Playa del Carmen y Cancún para que mi hijo reciba las terapias necesarias en su desarrollo y bienestar integral. Agradezco de antemano si pueden responder lo siguiente: 1. ¿Cuáles terapias públicas se ofrecen en el estado de Quintana Roo o en el municipio de Playa del Carmen y Cancún para niños con TEA (lenguaje, cupulación, conductual o psicológica)? 2. ¿Existen listas de espera o cuotas por estos servicios? 3. ¿Cuánto tiempo se tarda en ser atendido? 4. ¿Cuáles escuelas públicas de nivel preescolar y primaria cuentan con personal USAER e programas de educación inclusiva para niños con TEA en Playa del Carmen o</p>
68	231282700006825	<p>mencionada plataforma (AAMATES), dicho listado debe contener: a. Fecha de captura. b. Nombre de la Unidad Médica. c. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) de destino. d. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) solicitante. e. Clave del medicamento o insumo (Clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud). f. Descripción. g. Grupo terapéutico. h. Cantidad solicitada. i. Cantidad ajustada. j. Cantidad validada. k. Precio de Referencia. l. Fuerza de Financiamiento. m. Estatus (Autorizado, rechazado, cargado, validado, pendiente de validación, pendiente de entrega, p. Observaciones y a. 2. Presupuesto destinado para dicho procedimiento para dicho proceso. AGRADECEREMOS EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN EN ARCHIVO DE EXCEL, YA QUE SU DESCARGA DESDE LA PLATAFORMA DE AAMATES ES COMPATIBLE CON DICHO SOFTWARE. Sin más por el momento, agradezco sus atenciones y estaré atento a su oportuna respuesta.</p> <p>Buenos días. De acuerdo con los lineamientos emitidos por la Unidad de Coordinación Nacional de Abastecimiento de Medicamentos y Equipamiento Médico, del INSABI (Instituto Nacional de Salud y Bienestar) con motivo de consolidar los requerimientos de la demanda de medicamentos y material de curación para su adquisición consolidada para el ejercicio 2025 y 2026, solicito atentamente a su Institución y a las personas involucradas en dicho proceso los datos capturados en la plataforma SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFÍCOS (SIGG) VERSIÓN 4.0 realizadas entre el 01 de enero 2025 y el 31 de octubre 2025, esta solicitud se realiza para el ejercicio de estimación de la demanda asociada a los medicamentos e insumos asociados al el PONSABI y SAMAR. De acuerdo con lo anterior, se solicita informar de la demanda en la mencionada plataforma SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFÍCOS (SIGG) VERSIÓN 4.0, dicho listado debe contener: a. Fecha de captura. b. Nombre de la Unidad Médica. c. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) de destino. d. CLUES (Clave Única de Establecimientos de Salud) solicitante. e. Clave del medicamento o insumo (Clave del Compendio Nacional de Insumos para la Salud). f. Descripción. g. Grupo terapéutico. h. Cantidad solicitada. i. Cantidad ajustada. j. Cantidad validada. k. Precio de Referencia. l. Fuerza de Financiamiento. m. Estatus (Autorizado, rechazado, cargado, validado, pendiente de validación). n. Comentario. p. Observaciones y a. 2. Presupuesto destinado para sufragar el financiamiento para dicho proceso. AGRADECEREMOS EL ENVÍO DE LA INFORMACIÓN EN ARCHIVO DE EXCEL, YA QUE SU DESCARGA DESDE LA PLATAFORMA DE SISTEMA DE GESTIÓN DE GASTOS CATASTROFÍCOS (SIGG) VERSIÓN 4.0 ES COMPATIBLE CON DICHO SOFTWARE. Sin más por el momento, agradezco sus atenciones y estaré atento a su oportuna respuesta.</p>
70	231282700007025	<p>Soy madre de un niño de casi 4 años con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Actualmente me encuentro recibiendo información oficial sobre los servicios públicos, derechos y programas de apoyo disponibles en el estado de Quintana Roo, especialmente en el municipio de Solidaridad (Playa del Carmen), y Cancún para menores con esta condición. El objetivo de esta solicitud es conocer las condiciones reales de acceso a la salud, terapias e inclusión educativa para niños con TEA, así como las garantías de protección y desarrollo infantil que ofrece el estado. Actualmente, mi hijo recibe terapias conductuales, terapias tempranas de comportamiento, desarrollo infantil, de lenguaje y cupulaciones de manera continua (semanales 8 a 8 hrs) en el país donde residimos actualmente. Por ello, requiere contar con el servicio de terapias en Playa del Carmen y Cancún para que mi hijo reciba las terapias necesarias en su desarrollo y bienestar integral. Agradezco de antemano si pueden responder lo siguiente: 1. ¿Cuáles terapias públicas se ofrecen en el estado de Quintana Roo o en el municipio de Playa del Carmen y Cancún para niños con TEA (lenguaje, cupulación, conductual o psicológica)? 2. ¿Existen listas de espera o cuotas por estos servicios? 3. ¿Cuánto tiempo se tarda en ser atendido? 4. ¿Cuáles escuelas públicas de nivel preescolar y primaria cuentan con personal USAER e programas de educación inclusiva para niños con TEA en Playa del Carmen o</p>

Elaboró	Autorizó
MTRO. RAFAEL PÉREZ FERNÁNDEZ. JEFE DE DEPART. DE ARCHIVOS.	MTRO. YONATHAN BOND JOAQUÍN OCAÑA COLÍN. TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y DE ARCHIVOS.



INSTITUTO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
DE QUINTANA ROO

Formato para rendir el informe del Cuarto Trimestre 2025

Sujeto Obligado	SECRETARÍA DE BIENESTAR
Titular de la Unidad de Transparencia	MTRO. YONATHAN BOND JOAQUÍN OCAÑA COLIN
Período que informa	1 de octubre al 31 de diciembre de 2025
Aspecto a informar	Número de solicitudes presentadas al sujeto obligado, así como la información objeto de las mismas.

Número de solicitudes presentadas durante el periodo que se informa:	16
Número de solicitudes realizadas por hombres:	03
Número de solicitudes realizadas por mujeres:	10
Número de solicitudes realizadas por personas morales:	01
Número de solicitudes en las que no fue posible identificar el tipo de solicitante:	02
Total de Solicitudes (4)+(5)+(6)+(7) :	16

Elaboró	Autorizó
 MTRO. RAFAEL PÉREZ FERNÁNDEZ. JEFE DE DEPTO. DE ARCHIVOS.	 MTRO. YONATHAN BOND JOAQUÍN OCÁÑA COLÍN. TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y DE ARCHIVOS.

**INSTITUTO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN Y
PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
DE QUINTANA ROO**

Formato para rendir el informe del Cuarto Trimestre 2025

Sujeto Obligado	SECRETARÍA DE BIENESTAR
Titular de la Unidad de Transparencia	MTRO. YONATHAN BOND JOAQUÍN OCAÑA COLÍN
Periodo que informa	1 de octubre al 31 de diciembre de 2025
Aspecto a informar	Número de solicitudes presentadas al sujeto obligado, así como la información objeto de las mismas.

Número de solicitudes presentadas durante el periodo que se informa:	16
Número de solicitudes realizadas por hombres:	03
Número de solicitudes realizadas por mujeres:	10
Número de solicitudes realizadas por personas morales:	01
Número de solicitudes en las que no fue posible identificar el tipo de solicitante:	02
Total de Solicituds (4)+(5)+(6)+(7) :	16

74	231282700007425	En específico, solicito atentamente: - Nombre del titular de la Secretaría de Bienestar del Estado de Quintana Roo. - Descripción de las funciones y atribuciones principales de la dependencia. - Organigrama vigente de la Secretaría de Bienestar. - Datos de contacto oficial para la atención ciudadana (domicilio, teléfonos, correo institucional y, en su caso, página web y horarios de atención)
75	231282700007525	En específico, solicito atentamente: - Nombre del titular de la Secretaría de Bienestar del Estado de Quintana Roo. - Descripción de las funciones y atribuciones principales de la dependencia. - Organigrama vigente de la Secretaría de Bienestar. - Datos de contacto oficial para la atención ciudadana (domicilio, teléfonos, correo institucional y, en su caso, página web y horarios de atención)

Elaboró	Autorizó
MTRÓ. RAFAEL PÉREZ FERNÁNDEZ. JEFE DE DEPTO. DE ARCHIVOS.	MTRO. YONATHAN BOND JOAQUÍN OCAÑA COLÍN. TITULAR DE LA UNIDAD DE TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y DE ARCHIVOS.