

SUJETO OBLIGADO: SECRETARÍA DE BIENESTAR DEL ESTADO DE QUINTANA ROO

Cuarto Trimestre

<i>Fecha de Inicio</i>	<i>Fecha de Termino</i>	<i>Número de Denuncia</i>	<i>Determinación / fallo (Resolución, desechamiento, sobreseimiento) (Hipervínculo a la determinación)</i>	<i>Observaciones</i>
<i>01/10/2025</i>	<i>31/12/2025</i>	<i>Sin Denuncias en el trimestre que se informa.</i>		