DENUNCIAS POR INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES DE TRANSPARENCIA

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

EJERCICIO: **2026**

Primer Trimestre

Fecha de Inicio	*Fecha de Termino*	*Número de Denuncia*	*Determinación / fallo (Resolución, desechamiento, sobreseimiento) (Hipervínculo a la determinación)*	*Observaciones*
01/01/2026	*31/03/2026*	*Sin Denuncias en el trimestre que se informa.*		