| Seleccionar Nombre del Ente Público Formato de información de aplicación de recursos del FORTAMUN en el Estado de CampecheAl período Elija un periodo del año seleccione un año |
| --- |
| Destino de las Aportaciones**(Rubro específico en que se aplica)** | **Monto Pagado** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |