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