

HOMOCLAVE	MS-CTZ-DS-01	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	14-feb-25
I. NOMBRE Y DESCRIPCIÓN DEL TRAMITE O SERVICIO.			
Terapia Sexual			
Proporcionar atención sexológica en modalidad individual y de pareja.			
II. MODALIDAD.			
Mixta			
III. FUNDAMENTO JURIDICO DE LA EXISTENCIA DEL TRAMITE O SERVICIO.			
Artículo 17; fracción I de la ley para el gobierno y administración de los municipios del estado de Guanajuato, Ley para las personas de la diversidad sexual y de genero del Estado de Guanajuato y Sus Municipios, Artículo 7 del Reglamento Para La Atencion A Las Personas De La Diversidad Sexual Y De Genero del Municipio De Cortazar; Guanajuato			
IV. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN QUE PUEDE O DEBE REALIZARSE EL TRAMITE O SERVICIO Y PASOS PARA LLEVARLO A CABO.			
Cuando se presenten situaciones que causen malestar significativo en el ámbito sexual de las personas que así lo requieran.			
PASOS			
1.- Realizar solicitud vía telefónica al 464 328 9484, por mensaje de WhatsApp al 464 328 9484 o de manera presencial en la dirección de diversidad sexual (Calle Ignacio López Rayón #100).	3.- Lectura y firma del consentimiento informado.		
Presencial:	4.-Recibir orientación sexológico.		
2.- Proporcionar información sobre la problemática para el llenado de la entrevista inicial.	5.- En caso de ser necesario se brindara información para sesiones de terapia sexual o referencia correspondiente.		
V. DESCRIPCIÓN DETALLADA DE REQUISITOS.		SI EL REQUISITO NECESITA FIRMA DE VALIDACIÓN, CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN O VISTO BUENO SEÑALAR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD QUE LO EMITE.	
1.- Credencial para votar en copia.			
2.- Comprobante de domicilio en copia.			
VI. ESPECIFICAR SI EL TRAMITE O SERVICIO SE PRESENTA MEDIANTE FORMATO, ESCRITO LIBRE, AMBOS O POR OTRO MEDIO.			
Otro medio: Vía telefónica al 464 328 9484, por mensaje de WhatsApp al 464 328 9484 o de manera presencial en la dirección de diversidad sexual (Calle Ignacio López Rayón #100).			
VII. ENLACE DEL FORMATO.		FECHA DE PUBLICACIÓN DEL FORMATO	
No aplica		No aplica	
VIII. EN CASO DE SER REQUERIDA; OBJETIVO DE LA INSPECCIÓN, VISITA DOMICILIARIA O VERIFICACIÓN.			
No aplica			
IX. DATOS DEL CONTACTO OFICIAL RESPONSABLE DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
NOMBRE DE SERVIDOR PUBLICO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
Carina Ivon Pérez Cerritos	464 328 9484	Coordinacion_diversidad@cortazar.gob.mx	
X. PLAZO DE RESPUESTA DEL TRAMITE O SERVICIO.		FIGURA JURÍDICA QUE APLICA A SU RESOLUCIÓN	
2 días		Afirmativa Ficta	Negativa Ficta x
XI. PLAZO DE PREVENCIÓN POR LA DEPENDENCIA O ENTIDAD MUNICIPAL.		No aplica	
PLAZO PARA QUE EL SOLICITANTE CUMPLA CON LA PREVENCIÓN.		No aplica	

XII. MONTO DE LOS DERECHOS O APROVECHAMIENTOS Y/O FORMA DE CÁLCULO.		ALTERNATIVAS PARA REALIZAR EL PAGO	
Gratuito		No aplica	
XIII. VIGENCIA DE LA RESOLUCIÓN QUE SE EMITE.			
No aplica			
XIV. CRITERIOS DE RESOLUCIÓN DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Veracidad en la información proporcionada en la entrevista inicial.			
XV. UNIDADES ADMINISTRATIVAS ANTE LAS QUE SE PUEDE PRESENTAR EL TRÁMITE O SERVICIO			
DEPENDENCIA O ENTIDAD	H. ayuntamiento de Cortazar		
AREA O DEPARTAMENTO	Dirección de diversidad sexual		
DOMICILIO (S)	Ignacio López Rayón #100		
XVI. HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO.			
De 8:00 a 15:00 horas de lunes a viernes			
XVII. DATOS Y MEDIO DE CONTACTO PARA CONSULTAS, ENVÍO DE DOCUMENTOS Y QUEJAS.			
DOMICILIO (S)	Ignacio López Rayón #100		
TELÉFONO (S)	464 328 9484		
CORREO ELECTRÓNICO (S)	Coordinacion_diversidad@cortazar.gob.mx		
LUGARES PARA REPORTAR PRESUNTAS ANOMALÍAS EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO			
DEPENDENCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
Contraloría	4111191835	contraloria_cortazar@hotmail.com	
XVIII. INFORMACIÓN QUE SE DEBE CONSERVAR PARA FINES DE ACREDITACIÓN, INSPECCIÓN Y VERIFICACIÓN CON MOTIVO DEL TRÁMITE O SERVICIO.			
Toda la información y documentación que sea necesaria de conformidad a las reglas de operación del programa.			
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR		SELLO DE LA DIRECCIÓN.	
 Camila Teoukenc Carrillo			