



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
Unidad Cuajimalpa

FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE RECEPCIÓN (1)	FECHA DE APROBACIÓN (2)	CLAVE DE APROBACIÓN (3)
21/02/2020	(día, mes, año) ____/____/____	Número de sesión

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ" (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Dr. Márquez # 162	Doctores, 06720	Cuauhtémoc
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
Ciudad de México	www.himfg.edu.mx	52289917

SECTOR AL QUE PERTENECE LA INSTITUCIÓN

EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	PÚBLICO <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>	SOCIAL <input type="checkbox"/> (5)
------------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------

RESPONSABLE (S) EN LA INSTITUCIÓN RECEPTORA (Sólo para los programas o proyectos externos)

Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.) (6)
Área: Dirección de Enseñanza y Desarrollo Académico *Nombre del responsable(s): Dra. Carolina Hill de Titto Puesto que desempeña: Jefe del departamento de Educación de pre y posgrado Teléfono: 55522889917 Ext. 2056 y 2344 Correo-e: achill@himfg.edu.mx
Datos del responsable del área de servicio social **Nombre (s): Sarbelio Moreno Espinosa Puesto que desempeña: Director de Enseñanza y Desarrollo Académico Teléfono: 52 29 9917 Correo-e: * Nombre de la persona a quien va dirigida la carta de presentación del prestador de servicio social **Nombre de la persona a quien el prestador de servicio social debe entregar su documentación de servicio social

DATOS DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del programa o proyecto: Apoyo en el desarrollo y análisis de cultivo in vitro de cardiomiocitos para su posible aplicación terapéutica. (7)
Justificación: Realización de proyecto en conjunto durante la estancia sabática de la Dra. Nohra Elsy Beltrán Vargas en el Laboratorio de Investigación en Biología del Desarrollo y Teratogénesis Experimental, donde se busca generar mediante ingeniería de tejidos una opción terapéutica para los pacientes con cardiopatía isquémica. (8)
Objetivos: Apoyar en la estandarización de cultivos celulares de cardiomiocitos y en los análisis moleculares e inmunohistoquímicos de caracterización del tejido generado. (9)

TIPO DE PROGRAMA O PROYECTO

UNIDISCIPLINARIO <input type="checkbox"/>	MULTIDISCIPLINARIO <input type="checkbox"/>	INTERDISCIPLINARIO <input checked="" type="checkbox"/> (10)
---	---	---

ALCANCE DEL PROGRAMA O PROYECTO

NACIONAL <input type="checkbox"/>	REGIONAL <input type="checkbox"/>	ESTATAL <input type="checkbox"/>	LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> (11)
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--

POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL PROGRAMA O PROYECTO

URBANA <input checked="" type="checkbox"/>	RURAL <input type="checkbox"/>	AMBAS <input type="checkbox"/> (12)
--	--------------------------------	-------------------------------------

EL PROGRAMA O PROYECTO APOYA A LA

DOCENCIA <input type="checkbox"/>	INVESTIGACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>	EXTENSIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CULTURA <input type="checkbox"/>	COMUNIDAD <input type="checkbox"/>	ADMINISTRACIÓN <input type="checkbox"/>	GESTIÓN <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---	---	------------------------------------	---	----------------------------------

(13)

SERVICIO SOCIAL ASOCIADO A UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (Sólo para Programas o Proyectos de la UAM)

Nombre del proyecto de investigación al que se asocia este servicio social fue:

(14)

 Aprobado por el Consejo Divisional: ☐ CCD ☐ CNI ☐ CSH

Nombre del proyecto de investigación:

Número de Sesión en la que se aprobó:

Número de Acuerdo:

Fecha de aprobación:

Vigencia del proyecto de investigación:

RESPONSABLE (S) Y CORRESPONSABLE DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL Y DE LOS ALUMNOS

Nombre del responsable (s) del programa o proyecto de servicio social y de las actividades del alumno o egresado	Asesor- UAM
Nombre (s) del responsable (s): Dra. Concepción Sánchez Gómez Área de adscripción: Laboratorio de Investigación en Biología del Desarrollo y Teratogénesis Experimental, HIMFG Teléfono: 52289917 ext 3306 Correo-e: csgomez_2000@yahoo.com	Dra. Nohra Elsy Beltrán Vargas. Departamento de Ingeniería Biológica. División de Ciencias Naturales e Ingeniería.

(15)

ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

Enunciar de manera general las etapas en las que participarán los prestadores de servicio social.

(16)

- Apoyo en el manejo del material biológico para la realización de los cultivos celulares.
- Apoyo en la realización de los cultivos celulares de cardiomiocitos y en el seguimiento de cada cultivo durante una semana.
- Apoyo en la fijación y procesamiento de los constructos generados para sus diferentes análisis.
- Apoyo en análisis de resultados y elaboración de reporte final.

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

UN AÑO <input type="checkbox"/>	DOS AÑOS <input checked="" type="checkbox"/>	TRES AÑOS <input type="checkbox"/>	CUATRO AÑOS <input type="checkbox"/>	PERMANENTE CON NOTIFICACIÓN ANUAL PARA RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------------------	--

(17)

RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO

Recursos solicitados y aportados por:	Fuentes alternas de financiamiento, en su caso
Hospital Infantil de México "Federico Gómez" y Universidad Autónoma Metropolitana.	Proyecto SECTEI de la Dra. Nohra Elsy Beltrán Vargas

(18)

CONVENIO INSTITUCIONAL

SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	EN PROCESO <input type="checkbox"/>	UAM <input type="checkbox"/>	UNIDAD <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------

(19)

NÚMERO DE ALUMNOS REQUERIDOS EN EL PROGRAMA O PROYECTO

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES	DIVISION DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERIA	DIVISION DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DERECHO ____ <input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____ <input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input checked="" type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA <u>2</u> ____ <input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____ <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____ <input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR <u>2</u> ____	<input type="checkbox"/> CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DISEÑO ____ <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ____

(20)

DE ACUERDO CON LAS LICENCIATURAS SOLICITADAS, DESCRIBIR EN CADA CASO LAS ACTIVIDADES A REALIZAR

ENUNCIAR, AL MENOS, 5 ACTIVIDADES POR LICENCIATURA

DURACIÓN DEL
SERVICIO
SOCIAL (21)
6 meses, 480
horas

Ingeniería Biológica/Biología Molecular.

- Apoyo en el manejo del material biológico para la realización de los cultivos celulares.
- Apoyo en la realización de los cultivos celulares de cardiomiocitos y en el seguimiento de cada cultivo durante una semana.
- Apoyo en la fijación y procesamiento de los constructos generados para su análisis mediante microscopía electrónica.
- Apoyo en el procesamiento de los constructos para análisis histológico e inmunohistoquímico.
- Apoyo en la extracción de proteína y de RNA de los constructos generados.
- Apoyo en la realización de PCR y Western Blot de los constructos generados.
- Apoyo en análisis de resultados y elaboración de reporte final.
-

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE

<input type="checkbox"/> ABASTO Y COMERCIALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO	<input type="checkbox"/> MEDIOS DE COMUNICACIÓN	(22)
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DESARROLLO INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> MICRORREGIONES	
<input type="checkbox"/> AGRICULTURA Y DESARROLLO AGROPECUARIO	<input type="checkbox"/> DESARROLLO SUSTENTABLE	<input type="checkbox"/> MIPYMES	
<input type="checkbox"/> ASENTAMIENTOS INDÍGENAS	<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> PESCA	
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN A LA JUVENTUD	<input type="checkbox"/> EQUIDAD DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> POLÍTICA, PLANEACIÓN Y ECONOMÍA SOCIAL	
<input type="checkbox"/> CAPACITACIÓN	<input type="checkbox"/> FINANZAS	<input type="checkbox"/> PRODUCCIÓN	
<input type="checkbox"/> COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	<input type="checkbox"/> FORTALECIMIENTO DELEGACIONAL O MUNICIPAL	<input type="checkbox"/> SALUD	
<input type="checkbox"/> CULTURA Y RECREACIÓN	<input type="checkbox"/> IDENTIDAD CULTURAL	<input type="checkbox"/> TURISMO	
<input type="checkbox"/> DEMOGRAFÍA	<input type="checkbox"/> JUSTICIA, PROTECCIÓN CIVIL Y SEGURIDAD PÚBLICA	<input type="checkbox"/> URBANIZACIÓN	
<input type="checkbox"/> DERECHOS HUMANOS	<input type="checkbox"/> MEDIO AMBIENTE Y ECOLOGÍA	<input type="checkbox"/> VIVIENDA	

REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

<i>Escolares</i>		<i>Personales</i>	(23)
<input checked="" type="checkbox"/> CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> CURRÍCULUM Otros _____	<input checked="" type="checkbox"/> 70% DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> HISTORIAL ACADÉMICO <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CRÉDITOS	<input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO <input type="checkbox"/> IFE <input checked="" type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS Tamaño: Infantil Cantidad 1	

LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

(Ubicación precisa del lugar donde los prestadores realizarán el servicio social, señalando la localidad, la delegación y/o municipio).

Hospital Infantil de México Federico Gómez Dr. Márquez 162, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, CP 06720, Tercer piso edificio Hemato-oncología e Investigación.

UBICACIÓN DEL PRESTADOR

<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> GABINETE	<input checked="" type="checkbox"/> LABORATORIO	<input type="checkbox"/> CAMPO/INVESTIGACIÓN	<input type="checkbox"/> BRIGADA	(25)
----------------------------------	-----------------------------------	---	--	----------------------------------	------

DÍAS

HORARIO

<input checked="" type="checkbox"/> LUNES A VIERNES CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	<input type="checkbox"/> POSIBILIDAD DE REALIZARLO FINES DE SEMANA	<input checked="" type="checkbox"/> MATUTINO CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	<input type="checkbox"/> VESPERTINO. CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	<input type="checkbox"/> MIXTO CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	(26)
---	--	--	--	--	------

APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

<input type="checkbox"/> APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESIS	<input type="checkbox"/> MATERIALES Y EQUIPO	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input checked="" type="checkbox"/> ASESORÍA	<input type="checkbox"/> VIÁTICOS	CANTIDAD \$ Mensuales OTRO ESPECIFIQUE _____
<input checked="" type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN		

(27)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE)	(28)
Cumplimiento de objetivos y actividades del proyecto. Informe final del servicio social.	

OBSERVACIONES

	(29)
--	------

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO <input type="checkbox"/> CONSEJO DIVISIONAL </div> <div> <input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> NO APROBADO </div> </div>	OBSERVACIONES:

(30)

Este formato debe ir acompañado del oficio de reconocimiento de firmas (Se anexa propuesta).
 En caso de que los espacios sean insuficientes, favor de agregar la información en una hoja anexa.