



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)
Septiembre, 2021	(día, mes, año) ____/____/____	Número de sesión

#### NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Hospital Infantil de México Federico Gómez (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Calle Doctor Márquez 162	Doctores, 06720	Cuauhtémoc
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
Ciudad de México	<a href="https://www.gob.mx/salud/himfg">https://www.gob.mx/salud/himfg</a>	55 5228 9917

#### 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)

<b>Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.)</b> (6)
Área: Educación de Pre y Posgrado *Nombre del responsable(s): Dra. Ana Carolina Hill de Titto Puesto que desempeña: jefa del departamento de educación de Pre y Posgrado Teléfono: 552289917 ext.2380 Correo-e: achill@himfg.edu.mx
<b>Datos del responsable del área de servicio social</b>
**Nombre (s): Lic. Margarita Ayala Puesto que desempeña: responsable de trámites de S. social, Rotaciones y Prácticas Teléfono: 55289917 ext.2344 Correo-e: sersohimfg@gmail.com
* 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: Perfil de expresión de MicroRNAs en un modelo de embriopatía diabética.	(7)
Justificación: El Hospital Infantil de México Federico Gómez (H.I.M.F.G) pertenece a los Institutos Nacionales de Salud que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la población mexicana mediante la atención médica de alta especialidad en la salud de los infantes y un instituto de enseñanza e investigación científica. El proyecto que lleva por título "Perfil de expresión de MicroRNAs en un modelo de embriopatía diabética", corresponde a un proyecto de ciencia básica cuya la finalidad es identificar los MicroRNAs involucrados en embriopatías diabéticas, como la mala formación del corazón que produce el aborto del producto antes de las nueve semanas de gestación. Además de la contribución al conocimiento médico, este proyecto de investigación participa en la formación de recursos humanos, brindando a los alumnos de servicio social y pre-grado la oportunidad de iniciarse en el ámbito de la investigación científica y el fortalecimiento de los conocimientos que adquieren durante sus estudios universitarios en un ámbito profesional, además de desarrollar aptitudes y competencias para trabajar en el ámbito profesional posteriormente.	(8)
Objetivos: Determinar el perfil de expresión de MicroRNAs en un modelo de embriopatía diabética.	(9)

--	--

### TIPO DE PROGRAMA O PROYECTO

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

### ALCANCE DEL PROGRAMA O PROYECTO

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

### POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL PROGRAMA O PROYECTO

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

<p>Nombre del proyecto de investigación al que se asocia este servicio social fue:</p> <p>Aprobado por el Consejo Divisional: <input type="checkbox"/> CCD <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> CSH</p> <p>Nombre del proyecto de investigación:</p> <p>Número de Sesión en la que se aprobó:</p> <p>Número de Acuerdo:</p> <p>Fecha de aprobación:</p> <p>Vigencia del proyecto de investigación:</p>	(14)
---	------

### 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	Corresponsable: Tutor- UAM (15)
<p>Nombre (s) del responsable (s) : Dra. Contreras Ramos Alejandra. Área de adscripción: Plaza de Investigador en Ciencias Médicas (ICM): Laboratorio de Investigación en Biología del Desarrollo y Teratogénesis Experimental</p> <p>Teléfono: 5539382213</p> <p>Correo-e: acora_ramos@hotmail.com</p>	

### ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

<p>Enunciar de manera general las etapas en las que participarán los prestadores de servicio social.</p> <p>Los alumnos prestadores de servicio social participarán en la etapa del desarrollo por medio de manera virtual con el apoyo de artículos relacionados con el tema así de manera experimental cuando sea posible dependiendo de las condiciones sanitarias. Apoyando en diversas actividades que se realizan en el laboratorio.</p>	(16)
--	------

### VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

UN AÑO <input type="checkbox"/>	DOS AÑOS <input type="checkbox"/>	TRES AÑOS <input type="checkbox"/>	CUATRO AÑOS <input checked="" 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 (18)
Reactivos para cultivo de tejido y diferentes técnicas de biología molecular e inmunología, sales, consumibles plásticos y material de cristalería de uso común en el laboratorio. Cámaras de electroforesis, espectrofotómetro,	El alumno que decida prestar su servicio social en este programa o proyecto tendrá como tutor al mismo profesor-investigador que funge como su tutor académico, de movilidad y/o Manutención (en caso de ser beneficiario de éste)

micropipetas y computadora aportados por el Investigador responsable del proyecto en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.	
---	--

### CONVENIO INSTITUCIONAL

SI <input type="checkbox"/>	NO <input 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

<b>DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES</b>  <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DERECHO ____ <input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____ <input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<b>DIVISION DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERIA</b>  <input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA ____ <input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____ <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____ <input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR 2	<b>DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO</b>  <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  <ol style="list-style-type: none"> <li>Búsqueda de artículos científicos.</li> <li>Revisión de artículos científicos.</li> <li>Análisis de temas sobre embriopatía diabética.</li> <li>Análisis de procesos embrionarios.</li> <li>Analizar la expresión de miRNAs en plasma de rata Wistar diabética preñada.</li> <li>Caracterizar la expresión de miRNAs en embriones de rata Wistar diabética en proceso de neurulación.</li> <li>Evaluar in silico los genes blanco de los miRNAs sobre expresados durante la neurulación en un modelo de embriopatía diabética.</li> <li>Validar por qPCR tiempo real los genes blanco candidatos.</li> <li>Evaluar in vitro la sobreexpresión del miRNAs candidato durante la neurulación en un modelo de embriopatía diabética.</li> <li>Participar en seminarios del grupo de trabajo, analizando artículos científicos y discutiendo los resultados obtenidos a partir del trabajo experimental.</li> </ol>	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL  6 meses, 480 horas	(21)
---	--	------

### ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE

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

### REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

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

#### 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). <span style="float: right;">(24)</span>
Calle Doctor Márquez 162 Delegación: Doctores, Cuauhtémoc, 06720 Ciudad de México, CDMX

#### UBICACIÓN DEL PRESTADOR

<input checked="" type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> GABINETE	<input checked="" type="checkbox"/> LABORATORIO	<input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESIS <input checked="" type="checkbox"/> ASESORÍA <input checked="" type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/> MATERIALES Y EQUIPO <input type="checkbox"/> VIÁTICOS	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CANTIDAD \$ Mensuales OTRO ESPECIFIQUE _____	(27)
---	--	--	---	------

#### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE) <span style="float: right;">(28)</span>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumplimiento de los objetivos específicos determinados por el asesor del proyecto.</li> <li>2. Desempeño profesional del prestador de servicio social.</li> <li>3. Cumplimiento en la entrega de un reporte mensual de actividades.</li> </ol>

#### OBSERVACIONES

	(29)
--	------

#### USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

<input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO <input type="checkbox"/> CONSEJO DIVISIONAL	<input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> NO APROBADO	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.