



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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Instituto Nacional de Medicina Genómica (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Periférico Sur 4809	Arenal Tepepan 14610	Tlalpan
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
Ciudad de México	www.inmegen.gob.mx	5350-1900

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: Subdirección de Formación Académica *Nombre del responsable(s): Lic. Ana Laura Escobedo Ramos Puesto que desempeña: Subdirectora de Formación Académica Teléfono: 5350-1900 ext. 1985 Correo-e: alescobedo@inmegen.gob.mx
Datos del responsable del área de servicio social
**Nombre (s): Lic. Alejandra Elizabeth Rangel Barajas Puesto que desempeña: Responsable de Programa de Participación Estudiantil Teléfono: 5350-1900 ext. 1122 Correo-e: aerangel@inmegen.gob.mx
*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: Proyecto: Función del ARN no codificante LINC00052 en células de cáncer de mama (7)
Justificación: El cáncer es una enfermedad multifactorial cuyo estudio se aborda utilizando diferentes modelos, cada uno con ventajas y desventajas en su uso. La elaboración de un artículo de divulgación permitirá dar a conocer a un público más amplio las estrategias que se utilizan actualmente para estudiar este conjunto de enfermedades. (8)
Objetivos: 1. Elaborar un artículo de divulgación sobre los modelos de estudio para el cáncer. 2. Documentar los modelos de estudio para el cáncer que se utilizan actualmente en el laboratorio. (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)

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	Corresponsable: Tutor- UAM (15)
<p>Nombre (s) del responsable (s) : Dra. Gisela Ceballos Cancino</p> <p>Área de adscripción: Laboratorio Genómica Funcional del Cáncer</p> <p>Teléfono: 53501900 ext. 1967</p> <p>Correo-e: gceballos@inmegen.gob.mx</p>	<p>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 PRONABES (en caso de ser beneficiario de éste)</p>

ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

Enunciar de manera general las etapas en las que participarán los prestadores de servicio social. (16)

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

UN AÑO <input checked="" type="checkbox"/>	DOS AÑOS <input 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 (18)

CONVENIO INSTITUCIONAL

SI <input checked="" 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

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES	DIVISION DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERIA	DIVISION DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO (20)
---	---	---

<input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN ____	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA ____	<input type="checkbox"/> CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN ____
<input type="checkbox"/> DERECHO ____	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____	<input type="checkbox"/> DISEÑO ____
<input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____	<input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____	<input type="checkbox"/> TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ____
<input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR <u>1</u> ____	

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)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar información sobre cáncer. 2. Revisar información sobre los modelos de cultivo 2D, cultivo 3D, xenotransplantes y avatares. 3. Redactar un artículo de divulgación con la información obtenida. 4. Familiarizarse con los modelos que se utilizan en el laboratorio. 5. Documentar gráficamente los modelos utilizados en el laboratorio. 	6 meses, 480 horas

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

LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

Instituto Nacional de Medicina Genómica Periférico Sur 4809 Col. Arenal Tepepan Alcaldía Tlalpan C.P. 14610 México, Ciudad de México	(24)
---	------

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

(27)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE)	(28)
Entrega de bitácoras de resultados, informe trimestral y final de servicio social	

OBSERVACIONES

	(29)
--	------

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

<input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO	<input type="checkbox"/> APROBADO	OBSERVACIONES:	(30)
<input type="checkbox"/> CONSEJO DIVISIONAL	<input type="checkbox"/> NO APROBADO		

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.