



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)
Octubre, 2021		

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Montes Urales 800	Col. Lomas Virreyes C.P.11000	Miguel Hidalgo
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
Ciudad de México	https://www.gob.mx/salud/inper	55-55209900

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)

(6)
Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.)
Área: Departamento de Vinculación Institucional *Nombre del responsable(s): Dra. Itzel Carolina García Cravioto Puesto que desempeña: Jefa del Departamento de Vinculación Institucional Teléfono: 55-55209900 ext. 236 y 247 Correo-e: itzel.garcia@inper.gob.mx Datos del responsable del área de servicio social **Nombre (s): Dra. Guadalupe García López Puesto que desempeña: Investigador en Ciencias Médicas "C" Teléfono: 55-55209900 ext. 338 Correo-e: guadalupegl2000@yahoo.com.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

(7)	Nombre del programa o proyecto: Estudio del transporte nuclear dinámico de OCT-4, SOX-2 y NANOG y su posible implicación en la pluripotencia utilizando como modelo a las células del epitelio amniótico humano.
(8)	Justificación: Las células troncales pluripotentes tienen la capacidad de auto-renovarse en estado indiferenciado y de diferenciación hacia tipos celulares de las tres capas germinales. Entre las células troncales pluripotentes, encontramos a las células troncales embrionarias humanas, que han sido sugeridas como fuente en la terapia de reemplazo celular, sin embargo, existen varios inconvenientes que obstaculizan su uso en la clínica. Asimismo, la obtención de células troncales pluripotentes inducidas (iPSCs) paciente-específico son una esperanza para el tratamiento de enfermedades, donde un tipo celular específico es perdido. No obstante, se ha reportado que las iPSCs mantienen una memoria epigenética, lo que las hace propensas a diferenciarse al tipo celular de origen. Por otra parte, las células del epitelio amniótico humano (CEAh), las cuales pueden ser obtenidas a partir de las membranas fetales humanas, un tejido de desecho después del parto, tienen características únicas que nos permitiría utilizarlas en terapias de reemplazo celular. De la misma manera, presentan el "core" de marcadores de pluripotencia OCT-4, SOX-2 y NANOG, los cuales han sido identificados de manera independiente en las CEAh. Sin embargo, no se ha logrado demostrar de manera concluyente, la pluripotencia de las CEAh, ya que no son capaces de formar teratomas. En este proyecto, regularemos el transporte nuclear de los factores de transcripción OCT-4, SOX-2 y NANOG, para inducir la pluripotencia en las CEAh, la cual será probada mediante las técnicas de inmunofluorescencia, Western blot y PCR.

Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> Determinar la localización celular de OCT-4, SOX-2 y NANOG en las células del epitelio amniótico <i>in vitro</i> mediante inmunofluorescencia y western blot. Identificar modificaciones post-traduccionales en OCT-4, SOX-2 y NANOG en las células epiteliales del amnios humano. Inducir localización nuclear de OCT-4, SOX-2 y NANOG en células del epitelio amniótico humano. Determinar la localización y modificaciones post-traduccionales en OCT-4, SOX-2 y NANOG en las células del epitelio amniótico humano después de inducir su localización nuclear. Determinar la pluripotencia de las CEAh después inducir la localización nuclear de OCT-4, SOX-2 y NANOG. 	(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: Aprobado por el Consejo Divisional: <input type="checkbox"/> CCD <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> CSH <input type="checkbox"/> CBI <input type="checkbox"/> CYAD <input type="checkbox"/> CBS Nombre del proyecto de investigación: Número de Sesión en la que se aprobó: Número de Acuerdo: Fecha de aprobación: Vigencia del proyecto de investigación:	(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)
Nombre (s) del responsable (s): Dra. Guadalupe García López. Área de adscripción: Departamento de Fisiología y Desarrollo Celular. Teléfono: 55-55209900 ext. 338 Correo-e: guadalupel2000@yahoo.com.mx	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)	

ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

Enunciar de manera general las etapas en las que participarán los prestadores de servicio social. Etapa 1 El alumno participará en: <ul style="list-style-type: none"> Obtención y cultivo in vitro de las células del epitelio amniótico humano. Tratamiento in vitro de las células del epitelio amniótico con diferentes moléculas para inducir la localización nuclear de OCT-4, SOX-2 y NANOG. Determinación de la localización nuclear de OCT-4, SOX-2 y NANOG en las células del epitelio amniótico después del tratamiento in vitro con diferentes moléculas mediante las técnicas de inmunofluorescencia y western blot. 	(16)
--	------

Etapa 2

El alumno participará en:

- Obtención y cultivo in vitro de las células del epitelio amniótico humano.
- Tratamiento in vitro de las células del epitelio amniótico con diferentes moléculas para inducir la localización nuclear de OCT-4, SOX-2 y NANOG.
- Identificación de modificaciones post-traduccionales en OCT-4, SOX-2 y NANOG en las células epiteliales del amnios humano después del tratamiento in vitro con diferentes moléculas.

Etapa 3

El alumno participará en:

- Obtención y cultivo in vitro de las células del epitelio amniótico humano.
- Tratamiento in vitro de las células del epitelio amniótico con diferentes moléculas para inducir la localización nuclear de OCT-4, SOX-2 y NANOG.
- Determinación de la pluripotencia de las células del epitelio amniótico humano después del tratamiento in vitro con diferentes moléculas.

VIGENCIA SOLICITADA PARA EL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

UN AÑO <input type="checkbox"/>	DOS AÑOS <input type="checkbox"/>	TRES AÑOS <input checked="" type="checkbox"/>	CUATRO AÑOS <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)
Medios para cultivo celular, reactivos para realizar las distintas técnicas de laboratorio, espacio, consumibles y equipos necesarios para llevar a cabo el proyecto, serán aportados por el Investigador responsable del proyecto en el Instituto Nacional de Perinatología.		

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

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 checked="" type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA <u>1</u>	<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>2</u>		

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

ENUNCIAR, AL MENOS, 5 ACTIVIDADES DE APOYO POR LICENCIATURA	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL	(21)
Biología Molecular/ Ingeniería Biológica	6 meses, 480 horas	
1. Preparar medios de cultivo, realizar y dar seguimiento a cultivo celular.		
2. Llevar a cabo experimentos <i>in vitro</i> bajo la supervisión del asesor del proyecto.		
3. Realizar ensayos de inmunofluorescencia, PCR o Western blot.		
4. Reportar los resultados en una bitácora y hacer el análisis de los mismos bajo la supervisión del asesor del proyecto.		

5. Participar en seminarios del grupo de trabajo, analizando artículos científicos y discutiendo los resultados obtenidos a partir del trabajo experimental.

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 checked="" 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

Escolares	Personales	(23)
<input checked="" type="checkbox"/> CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD <input type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS <input type="checkbox"/> CURRÍCULUM <input type="checkbox"/> SEGURO FACULTATIVO Otros _____	<input checked="" 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"/> INE <input checked="" type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS Tamaño <u>Infantil</u> Cantidad <u>1</u>	

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) (24)

Montes Urales 800, Colonia Lomas Virreyes, CP. 11000, Alcaldía Miguel Hidalgo, CDMX.

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)
----------------------------------	-----------------------------------	---	--	----------------------------------	------

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 checked="" 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"/> MATERIALES Y EQUIPO	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE	CANTIDAD \$ Mensuales	(27)
<input checked="" type="checkbox"/> ASESORÍA	<input type="checkbox"/> VIÁTICOS	<input type="checkbox"/> SI	OTRO ESPECIFIQUE _____	
<input type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN		<input checked="" type="checkbox"/> NO		

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, BITACORA DE RESULTADOS, INFORME TRIMESTRAL Y FINAL DE SERVICIO SOCIAL) (28)

1. Cumplimiento de los objetivos específicos determinados por el asesor del proyecto.

- 2. Desempeño profesional del prestador de servicio social.
- 3. Cumplimiento en la entrega de un reporte mensual de actividades e Informe final de servicio social.

OBSERVACIONES

(29)

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

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

En caso de que los espacios sean insuficientes, favor de agregar la información en una hoja anexa.