



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		(día, mes, año)		Número de sesión	

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA GENOMICA		
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	http://www.inmegén.gob.mx	5553501900

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: SUBDIRECCION DE FORMACION ACADEMICA Nombre del responsable(s): LIC. ANA LAURA ESCOBEDO RAMOS Puesto que desempeña: SUBDIRECTORA DE FORMACION ACADEMICA Teléfono: 5553501900 EXT. 1985 Correo-e: alescobedo@inmegén.gob.mx	
Datos del responsable del área de servicio social	
**Nombre (s): ALEJANDRA ELIZABETH RANGEL BARAJAS Puesto que desempeña: RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE PARTICIPACION ESTUDIANTIL Teléfono: 5553501900 Correo-e: serangel@inmegén.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: EVALUACIÓN DEL NÚMERO DE COPIAS EN EL GENOMA MITOCONDRIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA	(7)
Justificación: EL CÁNCER DE MAMA REPRESENTA UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN MÉXICO Y EN EL MUNDO SE HA REPORTADO QUE EL NÚMERO DE COPIAS DEL GENOMA MITOCONDRIAL PODRÍA ESTAR ASOCIADO AL RIESGO A PADECER ESTA ENFERMEDAD MALIGNA.	(8)
Objetivos: EL ALUMNO APLICARÁ HERRAMIENTAS DE BIOLOGÍA MOLECULAR PARA CONOCER EL NÚMERO DE COPIAS DEL GENOMA MITOCONDRIAL EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA. ADEMÁS, USARÁ SUS CONOCIMIENTOS EN ESTADÍSTICA PARA ANALIZAR LOS RESULTADOS.	(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 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 ☐ INVESTIGACIÓN ☒ EXTENSIÓN Y DIFUSIÓN DE LA CULTURA ☐ COMUNIDAD ☐ ADMINISTRACIÓN ☐ GESTIÓN ☐ (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 ☐ CBI ☐ CYAD ☐ 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:

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. Silvia Jiménez Morales. Área de adscripción: Laboratorio Genómica del Cáncer. Teléfono: 5350-1900 ext.1155 Correo-e: sjimenez@inmegen.gob.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. (16)
 -PRESENTACION DE ANTEPROYECTO
 -ENTENDIMIENTO DE PROTOCOLOS
 - PRESENTACION DE RESULTADOS

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

UN AÑO ☐ DOS AÑOS ☒ TRES AÑOS ☐ CUATRO AÑOS ☐ PERMANENTE CON NOTIFICACIÓN ANUAL PARA RENOVACIÓN ☐ (17)

RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO

Recursos solicitados y aportados por:	Fuentes alternas de financiamiento, en su caso (18)
NINGUNO	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA GENOMICA

CONVENIO INSTITUCIONAL

SI ☒ NO ☐ EN PROCESO ☐ UAM ☐ UNIDAD ☐ (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 ____	X BIOLOGÍA MOLECULAR 1	

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)
1. Realizar diluciones y preparación de muestras 2. Cuantificación de concentración en muestras q-PCR 3. Análisis de curva estándar 4. Exposición periódica de resultados	6 meses, 480 horas

ACTIVIDADES ORIENTADAS AL DESARROLLO DE

<input type="checkbox"/> ABASTO Y COMERCIALIZACIÓN	<input 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 INDIGENAS	<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	X 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 type="checkbox"/> CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD	<input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO	
<input type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS	<input type="checkbox"/> IFE	
<input type="checkbox"/> CURRICULUM	<input type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS	
Otros _____	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).	(24)
INMEGEN.	

UBICACIÓN DEL PRESTADOR

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

IAS HORARIO						(26)
LUNES A VIERNES CONSIDERANDO EL HORARIO DE CLASES	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/>	

APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL						(27)
<input type="checkbox"/> APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESINA	<input checked="" type="checkbox"/>	MATERIALES Y EQUIPO	<input type="checkbox"/>	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE	<input type="checkbox"/>	CANTIDAD \$ Mensuales
<input checked="" type="checkbox"/> ASESORÍA	<input type="checkbox"/>	VIÁTICOS	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	OTRO ESPECIFIQUE _____
<input type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	_____

CRITERIOS DE EVALUACIÓN		(28)
(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE)		
CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS INFORME TRIMESTRAL Y FINAL DE SERVICIO SOCIAL		

OBSERVACIONES	(29)

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO			(30)
<input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO	<input type="checkbox"/> APROBADO	OBSERVACIONES:	
<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.