

FORMATO DE REGISTRO DE PROGRAMAS O PROYECTOS DE SERVICIO SOCIAL

FECHA DE RECEPCIÓN (1)	FECHA DE APROBACIÓN (2)	CLAVE DE APROBACIÓN (3)
Diciembre, 2021		

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Centro de cirugía reproductiva y ginecología "Reprogyn" (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Av. Prolongación 27 de febrero 2750	Atasta de Serra 86109	Villahermosa
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
Tabasco	www.reprogyn.com.mx	+52 (993) 310-0433

SECTOR AL QUE PERTENECE LA INSTITUCIÓN

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

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

<p>Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.) (6)</p> <p>Área: Ginecología y biología de la reproducción *Nombre del responsable(s): Dr. Raúl Cabra Zurita Puesto que desempeña: CEO Teléfono: +52 (993) 310-0433 Correo-e: reprogyn@reprogyn.com.mx</p> <p>**Nombre (s): Lic. Luisa Crystell Olán Pérez Puesto que desempeña: Contadora Teléfono: (993) 238-8746 Correo-e: contabilidad@reprogyn.com.mx</p> <p>* 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</p>
--

DATOS DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

Nombre del programa o proyecto: Calidad del semen en parejas que han buscado ayuda para concebir. (7)
Justificación: La calidad del semen en el mundo se ha visto comprometida por diversos factores, una cantidad cada vez mayor de parejas encuentran problemas para poder concebir y al menos en un 50% de los casos esta infertilidad es debido a un factor masculino. En este estudio se busca conocer la calidad del semen de las parejas que han buscado ayuda para concebir, ya que nos permitirá conocer la tendencia en la calidad del semen en los pacientes que llegan al centro; es una población representativa del estado de tabasco y de todo México. Y, ser capaces de poner en práctica nuevas terapias o enfoques en tratamientos de fertilidad y reproducción asistida. (8)
Objetivos: (9) <ul style="list-style-type: none"> Conocer la tendencia de la calidad del semen en la población de parejas que han buscado ayuda por problemas de fertilidad en un periodo de 10 años. Conocer la estadística de diagnóstico de los pacientes varones a los que se les ha realizado espermatozoides en el centro de cirugía reproductiva y ginecología "Reprogyn"

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 type="checkbox"/>	REGIONAL <input type="checkbox"/>	ESTATAL <input checked="" 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"/>
---------------------------------	--------------------------------	---

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"/>
-----------------------------------	---	---	------------------------------------	---	----------------------------------

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: ☐ 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
Nombre (s) del responsable (s): Dr. Raúl Cabra Zurita Área de adscripción: Ginecología y biología de la reproducción Teléfono: +52 (993) 310-0433 Correo-e: reprogyn@reprogyn.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.

1. Familiarización: Aprendizaje del uso de los instrumentos disponibles en el laboratorio, así como la documentación necesaria para el manejo de muestras
2. Desarrollo del proyecto: Investigación necesaria para el correcto desarrollo del proyecto a investigar
3. Análisis en el laboratorio: Realizar las pruebas de laboratorio necesarias para el desarrollo del proyecto
4. Análisis de Datos: Análisis de los datos obtenidos en el laboratorio y su comunicación escrita.

VIGENCIA SOLICITADA PARA EL 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"/>
--	-----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO

Recursos solicitados y aportados por:	Fuentes alternativas de financiamiento, en su caso
Centro de Ginecología y Cirugía Reproductiva "Reprogyn"	

CONVENIO INSTITUCIONAL

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

NÚMERO DE ALUMNOS REQUERIDOS EN EL PROGRAMA O PROYECTO

DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN	DIVISION DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERIA <input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA	DIVISIÓ DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO <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 DE APOYO POR LICENCIATURA	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL 6 meses, 480 horas	(21)
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar en la realización de bitácoras de control • Apoyar en la conducción de pruebas de espermatobioscopía • Apoyo en el manejo de muestras espermáticas para su preservación • Apoyo en el análisis de datos • Apoyo en el uso de herramientas para análisis celular. 		

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"/> MICORREGIONES	
<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 checked="" type="checkbox"/> CURRÍCULUM <input checked="" type="checkbox"/> SEGURO FACULTATIVO Otros _____	<input type="checkbox"/> 70% DE CRÉDITOS <input checked="" type="checkbox"/> HISTORIAL ACADÉMICO <input checked="" type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CRÉDITOS <input checked="" type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO <input checked="" type="checkbox"/> INE <input type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS Tamaño _____ Cantidad _____	

LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

Torre de especialidades, Hospital Ángeles de Villahermosa. Av. Paseo Usumacinta 2085, Tabasco 2000-interior 840, 86035 Villahermosa, Tabasco.	(24)
---	------

UBICACIÓN DEL PRESTADOR

<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> SI	CANTIDAD \$ 4,000 Mensuales
<input type="checkbox"/> ASESORIA	<input type="checkbox"/> VIÁTICOS	NO	OTRO ESPECIFIQUE _____
<input checked="" type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN			

(27)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

(28)

Bitácora de resultados (Se queda en REPROGYN).
Informe trimestral y final de servicio social.

OBSERVACIONES

(29)

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

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

(30)

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