



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)
Febrero, 2022	(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	<a href="http://www.inmegen.gob.mx">www.inmegen.gob.mx</a>	555350-1900

#### 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)

(6)
<b>Área a la que está adscrita la gestión del servicio social</b> (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.)
<b>Nombre del responsable:</b> María del Carmen Abrahantes Pérez <b>Puesto que desempeña:</b> Jefa de Grupo de Oncología Traslacional de Precisión <b>Teléfono:</b> 55-5350-1900 ext. 1127 <b>Correo-e:</b> <a href="mailto:mcabrant@inmegen.gob.mx">mcabrant@inmegen.gob.mx</a>
<b>Datos del responsable del área de servicio social</b>
<b>**Nombre (s):</b> Lic. Alejandra Elizabeth Rangel Barajas <b>Puesto que desempeña:</b> Responsable de Programa de Participación Estudiantil <b>Teléfono:</b> 5350-1900 ext. 1122 <b>Correo-e:</b> <a href="mailto:aerangel@inmegen.gob.mx">aerangel@inmegen.gob.mx</a>
<small>* Nombre de la persona a quien va dirigida la carta de presentación del prestador de servicio social</small>
<small>**Nombre de la persona a quien el prestador de servicio social debe entregar su documentación de servicio social</small>

#### DATOS DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

<b>Nombre del programa o proyecto:</b> Métodos de aislamiento y perfil molecular de células tumorales circulantes de pacientes pediátricos con tumores del sistema nervioso central.	(7)
<b>Justificación:</b> Dicho proyecto de servicio social, ayudará al proyecto multi-institucional liderado por el INMGEN: "Proteogenómica de tumores cerebrales mediante biopsias líquidas, útil para diagnóstico y medicina de precisión". Este proyecto es de gran relevancia en medicina traslacional, dirigido a neuro-oncología pediátrica; ya que permitirá desarrollar nuevas plataformas de aislamiento y enriquecimiento de células tumorales circulantes en sangre periférica, para el diagnóstico, pronóstico, medicina de precisión y seguimiento de los pacientes pediátricos portadores de tumores del sistema nervioso central.	(8)
<b>Objetivos:</b> Desarrollar una revisión sistemática del tema del proyecto. Realizar la prueba del concepto de identificación y caracterización molecular de células tumorales circulantes en pacientes con tumores cerebrales, mediante métodos novedosos.	(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: ☐ 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)
--	----------------------------	------

**Nombre del responsable:** María del Carmen Abrahantes Pérez

Área de adscripción: Laboratorio de Oncología

Traslación de Presición

Teléfono: 55-5350-1900 ext. 1127

Correo-e: [mcabrant@inmegen.gob.mx](mailto:mcabrant@inmegen.gob.mx)

**ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO**

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

1. El estudiante realizará una revisión sistemática del tema, además de la confección del manuscrito.
2. El estudiante realizará aislamiento y enriquecimiento de células tumorales circulantes (CTC) de pacientes con tumores del sistema nervioso central.
3. El estudiante hará la purificación de componentes moleculares de CTC, que sean útiles para el diagnóstico y medicina de precisión.

**VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL**

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

**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 checked="" type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA 2	<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 type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR__	

**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"> <li>1. Revisión sistemática de células tumorales circulantes (CTC) de pacientes con tumores del sistema</li> <li>2. Realización del subproyecto</li> <li>3. Prestación del subproyecto</li> <li>4. Práctica de métodos novedosos de aislamiento de CTC</li> <li>5. Práctica de métodos de enriquecimiento CTC</li> <li>6. Purificación de componentes moleculares de CTC útiles para el diagnóstico y medicina de precisión</li> <li>7. Análisis de resultados y realización de manuscrito final</li> </ol>	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 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 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 checked="" 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 TESISINA  <input checked="" type="checkbox"/> ASESORÍA  <input type="checkbox"/> CURSOS Y CAPACITACIÓN	<input type="checkbox"/> MATERIALES Y EQUIPO   <input type="checkbox"/> VIÁTICOS	APOYO ECONÓMICO O EN ESPECIE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE _____ <div style="text-align: right;">CANTIDAD \$ Mensuales _____</div>
---	---	---

(27)

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE) (28)

1. Bitácora de resultados

2. Informe trimestral

3. Informe final de servicio social

### 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: <span style="float: right;">(30)</span>
---	---	--

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.