



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)
Diciembre 13, 2021		(día, mes, año) ____/____/____		Número de sesión	

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Universidad Nacional Autónoma de México			(4)
Calle y número:	Colonia y C.P.	Delegación o Municipio:	
Avenida Universidad 3000	C.P. 04510. Ciudad Universitaria	Delegación Coyoacán	
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:	
Ciudad de México	https://www.unam.mx/	5622-5568 y 5622-5513	

SECTOR AL QUE PERTENECE LA INSTITUCIÓN

EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	PÚBLICO <input 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.)

Área:

*Nombre del responsable(s):

Datos del responsable del área de servicio social

**Nombre (s): Dr. Abel Delgado Fernández

Puesto que desempeña: Jefe del Departamento de Servicio Social

Teléfono: 56-232439

Correo-e: delgadofernandez.abel@gmail.com

* 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: Inmunomodulación por la calreticulina recombinante de <i>Taenia solium</i> a través de los receptores scavenger en un modelo <i>in vitro</i> de persistencia viral.	(7)
Justificación: El proyecto propuesto para el servicio social consiste en el estudio del mecanismo asociado al efecto inmunomodulador de la rTsCRT, utilizando un modelo <i>in vitro</i> de persistencia por el virus sincicial respiratorio (RSV) en la línea de macrófagos de ratón P388D1 infectada de manera persistente. En este modelo, el genoma viral se ha conservado a lo largo de más de 100 pases y hemos observado que los macrófagos tienen una biología alterada con respecto a los macrófagos no infectados, que consiste principalmente en la expresión constitutiva de óxido nítrico y citocinas pro-inflamatorias. Tales características hacen de este cultivo infectado persistentemente por el RSV un buen modelo para evaluar el papel inmunomodulador de la rTsCRT y para estudiar su interacción con los receptores scavenger, para conocer su mecanismo de acción. Este proyecto permitirá tener un mayor entendimiento de la respuesta inmune ante infecciones virales persistentes, mientras que representa una oportunidad para el alumno de aplicar y reforzar conocimientos adquiridos durante la licenciatura.	(8)
Objetivos: Determinar la capacidad inmunomoduladora de la rTsCRT y su interacción con los SR-A en macrófagos infectados <i>in vitro</i> de manera persistente con el RSV.	(9)

TIPO DE PROGRAMA O PROYECTO

UNIDISCIPLINARIO <input checked="" type="checkbox"/>	MULTIDISCIPLINARIO <input type="checkbox"/>	INTERDISCIPLINARIO <input type="checkbox"/>	(10)
--	---	---	------

ALCANCE DEL PROGRAMA O PROYECTO			
NACIONAL <input type="checkbox"/>	REGIONAL <input type="checkbox"/>	ESTATAL <input type="checkbox"/>	LOCAL X (11)

POBLACIÓN BENEFICIADA CON EL PROGRAMA O PROYECTO		
URBANA <input type="checkbox"/>	RURAL <input type="checkbox"/>	AMBAS X (12)

EL PROGRAMA O PROYECTO APOYA A LA				
DOCENCIA <input type="checkbox"/>	INVESTIGACIÓN X	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: (14)	
Aprobado por el Consejo Divisional: <input type="checkbox"/> CCD <input type="checkbox"/> CNI <input type="checkbox"/> 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 (s) del responsable (s): Dra. Fela Mendlovic Pasol. Laboratorio de Inmunomodulación y Agentes Patógenos, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM Puesto que desempeña: Profesora Asociada C Tiempo Completo Teléfono: 56-232466 Correo-e: fmendlo@yahoo.com	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)	
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el efecto de los ligandos de SR-A sobre la producción de citocinas y la replicación viral. • Determinar la interacción de la rTsCRT con los SR, mediante ensayos de competencia con los ligandos específicos de los SR. • Extraer RNA de las células estimuladas con rTsCRT para evaluar transcriptoma pro microarreglos de DNA en el INMEGEN. • Realizar análisis bioinformático para identificar las vías de señalización activadas y seleccionar las de interés. • Conclusión del proyecto de servicio social. 	

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL	
UN AÑO X	DOS AÑOS <input type="checkbox"/>
TRES AÑOS <input type="checkbox"/>	CUATRO AÑOS <input type="checkbox"/>
PERMANENTE CON NOTIFICACIÓN ANUAL PARA RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>	

RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA O PROYECTO	
Recursos solicitados y aportados por:	Fuentes alternas de financiamiento, en su caso (18)
Proyecto IN208420 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.	

CONVENIO INSTITUCIONAL				
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	EN PROCESO <input type="checkbox"/>	UAM <input type="checkbox"/>	UNIDAD <input type="checkbox"/>

NUMERO DE ALUMNOS REQUERIDOS EN EL PROGRAMA O PROYECTO		
DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES <input type="checkbox"/> ADMINISTRACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DERECHO ____ <input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____ <input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	DIVISION DE CIENCIAS NATURALES E INGENIERIA <input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA ____ <input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____ <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____ <input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR I	DIVISION DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y DISEÑO <input type="checkbox"/> CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN ____ <input type="checkbox"/> DISEÑO ____ <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ____

DE ACUERDO CON LAS LICENCIATURAS SOLICITADAS, DESCRIBIR EN CADA CASO LAS ACTIVIDADES A REALIZAR	
ENUNCIAR, AL MENOS, 5 ACTIVIDADES POR LICENCIATURA 1) Cultivo de líneas celulares infectadas y no infectadas con el virus sincicial respiratorio (VSR). 2) Expresión y purificación de la calreticulina recombinante de Taenia solium (rTsCRT). 3) Evaluación del transcriptoma por microarreglos de DNA. 4) Realización del análisis bioinformático para identificar las vías de señalización activadas y selección de las de interés. 5) Selección de las cinasas que participan en las vías de señalización asociadas a la inmunomodulación inducida por la rTsCRT. 6) Escritura de la tesis de licenciatura y obtención de grado.	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL 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 checked="" 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

REQUISITOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL	
Escolares <input checked="" type="checkbox"/> CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD <input checked="" type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS <input checked="" type="checkbox"/> CURRÍCULUM Otros Seguro facultativo vigente	Personales <input checked="" type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO <input checked="" type="checkbox"/> INE FOTOGRAFÍAS Tamaño: _____ Cantidad: _____

LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

Comentado [u1]: ¿Qué tamaño?

Comentado [sf2R1]:

Comentado [u3]: Cuántas

(Ubicación precisa del lugar donde los prestadores realizarán el servicio social, señalando la localidad, la delegación y/o municipio). (24)

Laboratorio de Inmunomodulación y Agentes Patógenos, Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, UNAM. Se tienen contempladas actividades en laboratorio de forma escalonada y de acuerdo a las medidas de sanidad establecidas.

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

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

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN
(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE) (28)
La evaluación se realizará en función del cumplimiento de los objetivos y la presentación de una bitácora de actividades y resultados obtenidos, así como un informe final de servicio social.

OBSERVACIONES
Las medidas de seguridad a implementar en el laboratorio incluyen visitas escalonadas, la presencia de no más de 4 personas a la vez en el laboratorio con el fin de respetar la sana distancia, limpieza y desinfección constante del espacio y equipo, monitoreo de síntomas asociados a SARS-COV2, uso de cubrebocas permanente, así como de equipo de protección personal en los casos que sea necesario. (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: (30)

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.