



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)
(día, mes, año) ____/____/____	(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	www.inmegen.gob.mx	5350-1900

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)
Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.)
Nombre del responsable: Cecilia Contreras Cubas Puesto que desempeña: Investigadora en Ciencias Médicas Teléfono: 55-5350-1900 ext. Correo-e: ccontreras@inmegen.gob.mx
Datos del responsable del área de servicio social
**Nombre (s): Lic. Alejandra Elizabeth Rangel Barajas Puesto que desempeña: Responsable de Programa de Participación Estudiantil Teléfono: 5350-1900 ext. 1122 Correo-e: aerangel@inmegen.gob.mx
<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

Nombre del programa o proyecto:	(7)
Evaluación de marcadores de riesgos poligénicos (LES) en la población mexicana	
Justificación: El estudio de las variantes genéticas en LES es una herramienta poderosa para comprender más acerca de la etiología de esta enfermedad. La secuenciación de exoma completo es determinante para la detección de variantes comunes y raras propias de cada población, las cuales podrían ser relevantes para el diagnóstico oportuno y prevención de enfermedades. El presente estudio dará la pauta para la búsqueda de variantes genéticas en la población mexicana que permitan detectar incluso antes de las manifestaciones clínicas y dar un seguimiento posterior de esta enfermedad en la población.	(8)
Objetivos:	(9)
1. Determinar la frecuencia de variantes localizadas en genes asociados a LES en la población general. 2. Caracterizar las variantes de interés como comunes o raras en la población general y determinar su relevancia clínica. 3. Analizar la expresión de los genes en los distintos órganos y tejidos de acuerdo con las bases de datos disponibles.	

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: (14)

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: Dra. Cecilia Contreras Cubas Área de adscripción: Laboratorio de Inmunogenómica y Enfermedades Metabólicas Teléfono: 55-5350-1900 ext. Correo-e: ccontreras@inmegen.gob.mx	

ETAPAS DEL PROGRAMA O PROYECTO

Enunciar de manera general las etapas en las que participarán los prestadores de servicio social. (16)

1. Revisión de literatura científica para la identificación de variantes/genes de interés.
2. Exposición de artículos científicos en seminario de investigación.
3. Análisis de los datos obtenidos de exoma.
4. Búsqueda en bases de datos disponibles tanto para la caracterización de relevancia clínica y expresión en distintos órganos y tejidos.

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)

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 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 APLICADA _	<input type="checkbox"/> TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN_6 ____
<input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR _2_	

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. Participación de los alumnos en seminarios de investigación. 2. Acercamiento con los programas y las bases de datos existentes. 3. Análisis a partir de datos bioinformáticos. 4. En el caso de trabajo presencial, técnicas de biología molecular (extracción ácidos nucleicos, PCR, electroforesis, etc.) 5. Integración de resultados y discusión de estos en reportes de servicio social.	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	<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"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO
<input type="checkbox"/> 75 % DE CRÉDITOS	<input type="checkbox"/> IFE
<input checked="" type="checkbox"/> CURRÍCULUM	<input type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS
Otros _____	Tamaño _____ Cantidad _____
<input checked="" type="checkbox"/> 70% DE CRÉDITOS	
<input checked="" type="checkbox"/> HISTORIAL ACADÉMICO	
<input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CRÉDITOS	

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 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 TESINA <input checked="" type="checkbox"/> ASESORIA <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"/>	CANTIDAD \$ Mensuales OTRO ESPECIFIQUE _____ _____	(27)
--	---	--	---	------

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

(28)	(CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS, NUM. DE BENEFICIARIOS, IMPACTO ACADÉMICO, IMPACTO SOCIAL, OTROS ESPECIFIQUE) 1. -Bitácora de resultados 2. Informe trimestral 3. Informe final de servicio social
------	---

OBSERVACIONES

(29)	
------	--

USO EXCLUSIVO DEL ÓRGANO COLEGIADO

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CONSEJO ACADÉMICO <input type="checkbox"/> CONSEJO DIVISIONAL </div> <div> <input type="checkbox"/> APROBADO <input type="checkbox"/> NO APROBADO </div> </div>	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.