



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)
Enero 15, 2020	(día, mes, año) ____/____/____	Número de sesión

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Hospital Infantil de México Federico Gómez (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P:	Delegación o Municipio:
Dr. Márquez 162	Col. Doctores C.P: 06720	Cuauhtémoc
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
Ciudad de México	www.himfg.edu.mx	52289917

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: Dirección de Enseñanza y Desarrollo Académico *Nombre del responsable(s): Dra. Carolina Hill de Titto Puesto que desempeña: Jefe del departamento de Educación de pre y posgrado Teléfono: 55522889917 Ext. 2056 y 2344 Correo-e: achill@himfg.edu.mx
Datos del responsable del área de servicio social
**Nombre (s): Dra. María de Lourdes Álvarez Arellano Puesto que desempeña: Catedrática de CONACYT Teléfono: 52289917 Ext. 2356 y 2181 Correo-e: lourdes.alvareza@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: Modelo Murino de Meduloblastoma	(7)
Justificación: : Este proyecto está íntimamente vinculado al área médica para atender un problema de salud, que afecta a niños en edad temprana, dejando graves secuelas neurológicas que ocasionan serios problemas personales y familiares, además del excesivo gasto para el sector salud. También está vinculado al sector social y educativo, por los daños neurológicos irreversibles que presentan los pacientes que sobreviven y que requieren atención especializada. Por lo anterior, es altamente pertinente llevarlo a cabo para tratar de incrementar la sensibilidad a los tratamientos oncológicos y con ello reducir las graves secuelas generadas, además de mejorar el pronóstico del proceso oncológico, reducir la morbilidad e incrementar la calidad de vida de los niños.	(8)
Objetivos: Determinar el efecto de la activación del TLR9 y la administración conjunta de vincristina en el tamaño tumoral en un modelo Murino de Meduloblastoma.	(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: Dra, Cynthia Gabriela Sámano Salazar	(15)
<p>Nombre (s) del responsable (s): Dra. María de Lourdes Álvarez Arellano.</p> <p>Área de adscripción: Laboratorio de Investigación en Neurociencias, 4to piso Edificio Arturo Mundet. Hospital Infantil de México Federico Gómez</p> <p>Teléfono: 5552289917 Ext. 2181 y 2356</p> <p>Correo-e: Lourdes.alvareza@gmail.com</p>	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

<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de animales • Experimentos in vivo • Análisis de resultados 	(16)
---	------

VIGENCIA DEL PROGRAMA O PROYECTO DE SERVICIO SOCIAL

UN AÑO <input type="checkbox"/>	DOS AÑOS <input type="checkbox"/>	TRES AÑOS <input type="checkbox"/>	CUATRO AÑOS <input checked="" 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)
Hospital Infantil de México Federico Gómez		

CONVENIO INSTITUCIONAL

SI <input 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 APLICADAS ____	<input type="checkbox"/> TECNOLOGÍAS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ____
<input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR <u>2</u>	

DE ACUERDO CON LAS LICENCIATURAS SOLICITADAS, DESCRIBIR EN CADA CASO LAS *ACTIVIDADES DE APOYO A REALIZAR

	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL (21)
<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo de líneas celulares de meduloblastomas • Manejo y mantenimiento de ratones • Microscopia confocal • Ensayos de proliferación celular • Ensayos de muerte celular • Preparar soluciones, medios de cultivo, etc. • Experimentos con modelos murinos y cultivos primarios de meduloblastomas • Análisis de expresión génica por PCR en tiempo real • Análisis proteicos por western blot • Procesamiento de tejido e inmunohistoquímicas 	6 meses, 480 horas
*Se elaborará cronograma de actividades entre el responsable y los prestadores	

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"/> 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 type="checkbox"/> CURRÍCULUM	<input checked="" type="checkbox"/> FOTOGRAFÍAS
<input type="checkbox"/> 70% DE CRÉDITOS	Tamaño __Infantil__ Cantidad __1__
<input checked="" type="checkbox"/> HISTORIAL ACADÉMICO	
<input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CRÉDITOS	
Otros __Carta motivos, certificado médico, carta de solicitud__	

LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

