



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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN RECEPTORA DE LOS PRESTADORES

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán (4)		
Calle y número:	Colonia y C.P.:	Delegación o Municipio:
Av. Vasco de Quiroga No. 15	Belisario Domínguez, sección XVI, C.P. 14080	Tlalpan
Entidad federativa:	Página web:	Teléfono:
CDMX	https://www.incmnsz.mx	55- 54 87 09 00 Ext. 2418

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)

<p>Área a la que está adscrita la gestión del servicio social (Recursos Humanos, Capacitación, Relaciones laborales, etc.) (6)</p> <p>Área: Departamento de Biología de la Reproducción *Nombre del responsable(s): David Barrera Hernández Puesto que desempeña: Investigador en Ciencias Médicas "D" Teléfono: 55- 54 87 09 00 ext. 2418 Correo-e: barrera1912@gmail.com</p> <p>Datos del responsable del área de servicio social</p> <p>**Nombre (s): David Barrera Hernández Puesto que desempeña: : Investigador en Ciencias Médicas "D" Teléfono: 55- 54 87 09 00 ext. 2418 Correo-e: barrera1912@gmail.com</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: Metabolismo y efectos del calcitriol en la placenta humana y líneas celulares (7)	
Justificación: El trofoblasto humano en cultivo es un modelo experimental que ha sido utilizado por nuestro grupo de trabajo con el objeto de comprender, analizar e interpretar algunos cambios moleculares en presencia y ausencia del calcitriol. Así, previamente hemos demostrado el efecto del calcitriol sobre aspectos endocrinos e inmunológicos de la placenta humana. Sin embargo, a la fecha se desconoce el papel que pudiera ejercer el calcitriol, el TGF- β y su combinación sobre el transcriptoma de las células de placenta en cultivo, ya que el desequilibrio de estas moléculas es relacionado con algunas patologías del embarazo. (8)	
Objetivos: Validación de resultados obtenidos por microarreglos mediante diferentes técnicas de Biología Molecular. 1. A nivel transcriptoma (qPCR) 2. A nivel de proteína (Western Blot, ELISAs, etc) 3. A nivel celular (Proliferación, migración, etc) (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 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)
<p>Nombre (s) del responsable (s) : David Barrera Hernández</p> <p>Área de adscripción: Departamento de Biología de la Reproducción, INCMNSZ</p> <p>Teléfono: 55 54 87 09 00 EXT. 2418</p> <p>Correo-e: barrera1912@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

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

Para cumplir con los objetivos del proyecto y realización del servicio social la participante realizara las siguientes Etapas:

1. Apoyo en la preparación de reactivos de laboratorio: Gradientes de percoll, medios de siembra, soluciones buffer, inactivación de suero, etc.
2. Capacitación y apoyo en el desarrollo de los cultivos primario de trofoblasto y líneas celulares (siembra, tratamientos y seguimiento experimental).
3. Enseñanza y soporte en la extracción de material génico y amplificación por qPCR.
4. Aprendizaje y apoyo en otras técnicas de Biología Molecular (Western blot, ELISAs, etc).

VIGENCIA DEL 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"/>	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)
El proyecto en el cual la solicitante se incorporará cuenta con financiamiento del CONACyT, derivado de la convocatoria de Ciencia Básica 2016 aún vigente por 1 año.		

CONVENIO INSTITUCIONAL

SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" 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"/> DERECHO ____ <input type="checkbox"/> HUMANIDADES ____ <input type="checkbox"/> ESTUDIOS SOCIOTERRITORIALES ____	<input type="checkbox"/> INGENIERÍA BIOLÓGICA ____ <input type="checkbox"/> INGENIERÍA EN COMPUTACIÓN ____ <input type="checkbox"/> MATEMÁTICAS APLICADAS ____ <input checked="" type="checkbox"/> BIOLOGÍA MOLECULAR <u>1</u>	<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 Durante su servicio social las actividades de apoyo y aprendizaje del alumno serán:	DURACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL 6 meses, 480 horas	(21)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparación de reactivos de laboratorio: Gradientes de percoll, medios de siembra, soluciones buffer, inactivación de suero, etc. 2. Procesamiento del cultivo primario de trofoblasto y líneas celulares (siembra, tratamientos y seguimiento experimental). 3. Extracción de material génico y amplificación por qPCR. 4. Aprendizaje y apoyo en otras técnicas de Biología Molecular (Western blot, ELISAs, etc.) 5. Participación continua en seminarios departamentales y de grupo, así como apoyo en la búsqueda de bibliografía específica. 		

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 type="checkbox"/> SALUD <input type="checkbox"/> TURISMO <input type="checkbox"/> URBANIZACIÓN <input type="checkbox"/> VIVIENDA	(22)
---	--	--	------

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"/> CURRICULUM Otros _____	<input type="checkbox"/> 70% DE CRÉDITOS <input checked="" type="checkbox"/> HISTORIAL ACADÉMICO <input type="checkbox"/> COMPROBANTE DE CRÉDITOS	<input checked="" type="checkbox"/> COMPROBANTE DE DOMICILIO <input checked="" type="checkbox"/> IFE <input checked="" type="checkbox"/> FOTOGRAFIAS Tamaño _____ Cantidad ____
---	---	--

LUGAR ESPECÍFICO DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

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

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán. Departamento de Biología de la Reproducción. Av. Vasco de Quiroga No. 15, Belisario Domínguez, sección XVI, CDMX, Tlalpan.

UBICACIÓN DEL PRESTADOR

<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> GABINETE	<input type="checkbox"/> LABORATORIO	<input checked="" type="checkbox"/> CAMPO/INVESTIGACIÓN	<input type="checkbox"/> BRIGADA
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	---	----------------------------------

DÍAS

HORARIO

<input 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
---	--	--	--	---

APOYOS Y ESTÍMULOS A PRESTADORES DE SERVICIO SOCIAL

<input type="checkbox"/> APOYO EN LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO TERMINAL O TESIS <input 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 _____	CANTIDAD \$ Mensuales OTRO ESPECIFIQUE _____
--	---	--	---

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

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

Cumplimiento de los objetivos especificados en el numeral 9 y 21.

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: (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.