

Bases del programa Becas ENGIE: + Mujeres en Energía

1. Requisitos para postular al programa de Becas ENGIE:

- Ser mujer y estudiante de la UNCP de la carrera de Ingeniería Eléctrica y Electrónica.
- Haber cursado por lo menos dos (2) semestres académicos.
- Pertenecer al tercio superior de la facultad.
- Pertenecer al grupo de estudiantes con necesidad de ayuda económica o en situación de vulnerabilidad (clases económicas C, D o E) con ingreso familiar menor a S/ 3,970 mensuales.

2. Sede de la Universidad Nacional del Centro del Perú que se beneficiará con las becas:

REGIÓN	UNCP	DIRECCIÓN
Junín	Huancayo	Av. Mariscal Castilla N° 3909 El Tambo – Huancayo

3. Gastos cubiertos por la beca:

La Beca financiada por ENGIE tiene un valor semestral de USD 2,500 dólares por estudiante, la cual será seleccionada a través del proceso de selección del Programa y distribuida por la UNCP al inicio de cada semestre, a condición de mantener su desempeño académico.

Las becarias tienen la obligación de presentar recibos o constancias a la UNCP, al finalizar cada semestre, que certifiquen fehacientemente el uso de los recursos asignados para los fines mencionados en las bases del programa. De no cumplir con dicho requerimiento o de no presentar justificativos de gastos incluidos en la lista detallada a continuación, la beca no será renovada al siguiente semestre.

Lista de gastos cubiertos por la beca:

Gastos mensuales

N°	Detalle
01	Gastos de vivienda (alquiler)
02	Servicios (agua, luz y/o similares)
03	Cobertura médica personal como ortodoncia, prótesis y braquets
04	Gastos de transporte local o nacional
05	Gastos de telefonía y comunicación (internet fijo, datos o similares)
06	Pagos académicos y administrativos a la universidad
07	Materiales educativos
08	Imprevistos (únicamente para gastos académicos o vinculados al bienestar físico o psicológico de la estudiante)
09	Alimentación, suplementos alimenticios, vitaminas, entre otros
10	Cursos complementarios para su formación profesional (inglés, técnicos u otros)

Gastos únicos

N°	Detalle
01	Elementos de seguridad para uso en laboratorios como guardapolvos, zapatos de seguridad para damas
02	Laptop, celular tablet y/o accesorios para estudios
03	Experiencia internacional de pregrado
04	Elaboración de tesis

4. Monitoreo y condiciones para la renovación de la beca:

- La renovación semestral de la Beca depende de la presentación de los recibos o constancias de gastos adecuados y del rendimiento académico de la estudiante (promedio ponderado igual o mayor a 12).
- La Oficina de Cooperación Nacional e Internacional de la UNCP enviará a ENGIE un reporte consolidado de las becarias con sus calificaciones y sus rendiciones de gastos para que ENGIE, en caso corresponda, apruebe la continuidad de la beca.
- Si una becaria, al término de un semestre, tiene un promedio ponderado menor a 12, no presenta recibos o constancias, o se retire del ciclo sin culminar el periodo por motivos no justificables, perderá el derecho a la beca de estudios. En caso el motivo sea justificable, UNCP comunica a ENGIE para su evaluación y respuesta a cada caso.
- En caso de que una estudiante no cumpla con las condiciones expresadas, se pierde todo derecho a la beca. No se exigirá ningún reembolso de lo atribuido previamente.

5. Beneficios de la beca:

- Asignación semestral de USD 2,500 para cubrir gastos únicamente con fines académicos y educativos, por un periodo máximo de hasta tres (3) años y medio (7 semestres).
- Programa de mentoría ENGIE durante todo el tiempo que forme parte del Programa de becas.
- Una vez concluidos sus estudios de manera satisfactoria, se la invitará a postular de los procesos de selección de prácticas preprofesionales o profesionales de ENGIE Energía Perú o de sus clientes o proveedores aliados.

6. Proceso para postular:

Las candidatas deberán enviar su postulación exclusivamente de manera virtual, adjuntando los documentos solicitados debidamente llenados y firmados en formato PDF al correo: programasbecasengie.eep@engie.com

El expediente que deben enviar las candidatas deberá contener lo siguiente:

- a. Formulario de postulación al programa de BECAS ENGIE debidamente llenado y firmado. (Anexo 01)

- b. Carta de compromiso debidamente llenada y firmada. (Anexo 02)
- c. Ficha de información socio – económica y familiar debidamente llenada y firmada. (Anexo 03)

Excepcionalmente, se podrá entregar el expediente en físico al área de tutoría de la UNCP.

Fecha límite de postulación: 12 de Julio

7. Selección:

El Comité evaluador compuesto por ENGIE Energía Perú y la UNCP, evaluarán la ficha socioeconómica y los registros académicos de las candidatas. Posteriormente, establecerá una clasificación, seleccionando a las cuatro primeras de la lista.

Correos para más información: cooperaciontecnica@uncp.edu.pe y programasbecasengie.eep@engie.com

ANEXO 01

Formulario de postulación al programa de BECAS ENGIE – Convocatoria 2024

Este formulario se utilizará únicamente y de manera confidencial para el proceso de convocatoria, selección, evaluación y adjudicación de las BECAS ENGIE: + Mujeres en Energía, así como constancia de compromiso de la estudiante de formar parte del proceso para entrar en el programa.

DATOS PERSONALES:

1. Nombre y apellidos:
2. Documento de Identidad (DNI):
3. Código de Alumna:
4. Correo electrónico:
5. Número de teléfono:

MARCAR CON X:

6. Ciclo académico al que perteneces:
 - a. 3 ()
 - b. 4 ()
 - c. 5 ()
 - d. 6 ()
 - e. 7 ()
 - f. 8 ()
 - g. 9 ()
 - h. 10 ()
7. ¿Pertenece al tercio superior de tu facultad?
Si ()
No ()
8. ¿Pertenece al tercio superior de tu carrera?
Si ()
No ()
9. ¿Has desaprobado algún curso durante tu carrera?
Si ()
No ()
10. ¿Pertenece al grupo de estudiantes con necesidades de ayuda económica o en situación de vulnerabilidad? (Ingreso familiar máximo S/ 3970 mensuales)
Si ()
No ()

11. Conoces el detalle de las bases para la postulación al programa BECAS ENGIE: + Mujeres en Energía y confirmas tu intención de participar en el proceso ()
12. Autorizas el uso de tus datos y respuestas únicamente para los fines de postulación al programa BECAS ENGIE: + Mujeres en Energía ()

En la ciudad de, a los del mes de del 2024

Nombres y apellidos, DNI y firma de la postulante:

Nombres, apellidos, DNI y firma del representante legal de la postulante (solo para postulantes menores de edad):

ANEXO 02

CARTA DE COMPROMISO DE LA “BECA ENGIE: + MUJERES EN ENERGÍA”

Yo,.....con DNI N°....., con domicilio en del distrito de, provincia, departamento, estudiante de ciclo de la carrera de de la Universidad Nacional del Centro del Perú, ante usted, me presento en calidad de POSTULANTE para el programa de “Becas ENGIE: + Mujeres en Energía” – Convocatoria 2024”, y, de ser beneficiada con una de las becas, declaro lo siguiente:

- a. Acepto la beca otorgada por el programa de Becas ENGIE: + Mujeres en Energía para continuar y culminar mis estudios de educación superior, conforme al cronograma y al Plan de Estudios de la Institución de Educación Superior en la cual estudio.
- b. He tomado conocimiento de la normatividad que rige el programa de Becas ENGIE a la cual postulé, y estoy de acuerdo con las condiciones establecidas en la misma, sometiéndome a las consecuencias de su incumplimiento.
- c. Me comprometo a cumplir, de manera sobresaliente, mis estudios de educación superior durante el tiempo que perciba los beneficios de la beca.
- d. Otorgo mi consentimiento y autorizo a la universidad a brindar mis datos personales a ENGIE Energía Perú, así como el informe sobre mi rendimiento académico, en el marco del programa de becas.
- e. Me comprometo a cumplir con las demás obligaciones establecidas en las Bases del programa de Becas ENGIE a la que accedí y en las demás normas vigentes sobre la materia.
- f. Me comprometo a cumplir las disposiciones del Comité de Coordinación Becas ENGIE conformado por los representantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú y ENGIE Energía Perú, según corresponda a sus competencias, en caso de suspensión, renuncia a la beca, desaprobación de materias, promedio ponderado desaprobatorio, incumplir otras obligaciones como becario o presentar información o documentación falsa para acceder a la Beca ENGIE o continuar con ella.
- g. Autorizo a ENGIE Energía Perú la difusión de mi historia de vida, testimonio e imágenes, personales y familiares, en el marco del programa de BECAS ENGIE durante y después del programa.
- h. Me someto a la verificación inopinada ex post que realiza el Programa, sobre la veracidad de la información proporcionada en el proceso de postulación y durante la duración de mis estudios, mediante visitas domiciliarias, cruce de información con la Institución Educativa, el Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, RENIEC, INFOCORP, SUNAT, Policía Nacional del Perú,

Ministerio de Justicia, Poder Judicial y otras acciones y entidades que considere pertinentes.

- i. Me comprometo a formar parte de la red oficial de becarias egresadas de ENGIE Energía Perú y actualizar constantemente mi información académica y laboral.

Asimismo, declaro que toda la información y documentación proporcionada a la Universidad Nacional del Centro del Perú y a ENGIE Energía Perú es veraz, así como los documentos presentados son copia fiel del original.

En la ciudad de, a losdías del mes de.....
del 2024.

Nombres y apellidos, DNI y firma de la postulante:

Nombres, apellidos, DNI y firma del representante legal de la postulante (solo para postulantes menores de edad):

ANEXO 03

FICHA - INFORMACIÓN SOCIO – ECONÓMICA Y FAMILIAR

1. DATOS GENERALES DEL POSTULANTE											
1.1. Apellidos y Nombres:								1.2. Edad:		1.3. Sexo	
1.4. Fecha de Nacimiento	D	M	A	1.5. Lugar de Nacimiento	Región		Provincia		Distrito		Localidad
1.6. DNI:				1.7. Teléf. 1:		1.8. Teléf. 2:		1.9. Email:			
1.10. Dirección actual:	Urb./Asoc./Coop./AA.HH.				Calle/Jr./Av./Psje.				N°		
	Int./Dpto			Mz.		Lote		Grupo/Comité/Etapa		Centro Poblado	
	Comunidad				Distrito		Provincia		Región		
2. ESTUDIOS											
2.1. Tipo de Institución Educativa donde concluyo sus estudios secundarios							Estatal	Particular	Parroquial	Militar	Otro
2.2. Estudia actualmente en:		Universidad		IST		2.3. Nombre de la Institución Educativa Superior					

3. COMPOSICIÓN FAMILIAR

3.1. Personas o familia con quien vive actualmente el postulante

Nombres y Apellidos	Sexo	Edad	Estado Civil	Parentesco con solicitante	Grado de instrucción (Est. Concl.)	Ocupación principal (Especificar)	Ingreso mensual en soles	Apoya a la economía familiar	
								Aporta ¿Cuánto?	No aporta

3.2. N° de personas que tiene como carga familiar

4. COMPOSICIÓN DEL NUCLEO FAMILIAR

4.1. En caso de que los padres no se encuentren viviendo con ellos

5. INGRESOS ECONOMICOS

Tipo de ingreso	Padre	Madre	Postulante	Otros aportantes a la economía familiar	Total de aportes en soles
a) Con boleta de pago					
b) Con recibo por honorario					
c) Ingresos por negocio independiente formal					
d) Pensión de jubilación, viudez, orfandad, alimentos.					
e) Independiente informal					
TOTAL DE INGRESOS S/.					

6. CALIDAD DE LA VIVIENDA Y SANEAMIENTO

6.1. Ubicación de la zona de vivienda

- Rural
- Urbano marginal
- Urbano

6.2. El tipo de vivienda es:

- Casa independiente
- Dpto. en edificio
- Vivienda en quinta
- Viv. En vecindad (callejón, solar, corralón)
- Viv. Improvisada

6.3. Tenencia de la vivienda

- Alquilada
- Propia pagándola a plazos
- Propia totalmente pagada
- Guardianía
- Invasión
- Alojado

6.4. El material predominante del piso es:

- Parquet o madera pulida
- Lamina asfáltica, vinílicos
- Losetas, terrazos
- Cemento pulido
- Madera (entablados)
- Falso piso
- Tierra

6.5. El material predominante de las paredes es:

- Ladrillo o bloque cemento terminado
- Ladrillo o bloque cemento sin tarrajeo
- Adobe o tapia
- Quincha (caña con barro)
- Piedra con barro
- Madera
- Estera / Otros

Especifique:

6.6. El material predominante del techo es:

- Concreto terminado
- Concreto armado sin tarrajeo
- Madera / tejas
- Eternit / calaminas
- Caña o estera con torta de barro
- Paja / hoja de palmera
- Cartón / plástico

6.7. ¿Cuántos ambientes utilizan para dormir?	6.8. ¿Con que bienes cuentan en el hogar?	6.9. Equipos o electrodomésticos con que cuenta en el hogar.
<input type="checkbox"/> Mas de 03 personas por cuarto <input type="checkbox"/> 03 personas por cuarto <input type="checkbox"/> 01 a 02 personas por cuarto	<input type="checkbox"/> Horno microondas <input type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Computadora <input type="checkbox"/> Auto para taxear (herramienta de trabajo) <input type="checkbox"/> Auto para uso familiar <input type="checkbox"/> Todos <input type="checkbox"/> ninguno	<input type="checkbox"/> Teléfono fijo <input type="checkbox"/> Refrigeradora <input type="checkbox"/> Lavadora
6.10. El alumbrado en su vivienda es:	6.11. El servicio de agua es:	6.12. El servicio higiénico es:
<input type="checkbox"/> Con medidor de luz <input type="checkbox"/> Petróleo / Querosene <input type="checkbox"/> Vela <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Con red pública dentro vivienda <input type="checkbox"/> Con red pública fuera vivienda <input type="checkbox"/> Pozo artesanal / pilón <input type="checkbox"/> Quincha (caña con brazo) <input type="checkbox"/> Cisterna (aguatero) <input type="checkbox"/> Rio / acequia <input type="checkbox"/> Otros <p style="text-align: right;">Especifique:</p>	<input type="checkbox"/> Con red pública dentro vivienda <input type="checkbox"/> Con red pública fuera vivienda <input type="checkbox"/> Letrina y/o pozo <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> No tiene servicio higiénico <input type="checkbox"/> Otros <p style="text-align: right;">Especifique:</p>

7. RIESGOS SOCIALES																																																																																												
<p>7.1. ¿Has sido afectado en los últimos 30 días, usted o algún miembro del hogar por alguno de los siguientes indicadores? Marque por cuales</p>	<p>7.2. Frente a dificultades vividas por usted, ¿Quién o quiénes les brindan su apoyo o soporte familiar? (especifique)</p>	<p>7.3. Actualmente ¿Se encuentra usted afiliado a algún tipo de aseguramiento universal de salud?</p>																																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30px; height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Violencia terrorista (PIR)</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Violencia familiar</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Adicciones (alcohol/drogas)</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Orfandad (certificado defunción)</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Abuso sexual</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Abandono</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Separación / Divorcio</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Problemas con la justicia</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Embarazo no deseado</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>No presenta preocupación</td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><input type="checkbox"/></td><td>Otros</td></tr> </table> <p>Especifique:</p>	<input type="checkbox"/>	Violencia terrorista (PIR)	<input type="checkbox"/>	Violencia familiar	<input type="checkbox"/>	Adicciones (alcohol/drogas)	<input type="checkbox"/>	Orfandad (certificado defunción)	<input type="checkbox"/>	Abuso sexual	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>	Separación / Divorcio	<input type="checkbox"/>	Problemas con la justicia	<input type="checkbox"/>	Embarazo no deseado	<input type="checkbox"/>	No presenta preocupación	<input type="checkbox"/>	Otros	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">Material</th> <th style="width: 15%;">Económico</th> <th style="width: 15%;">Emocional</th> <th style="width: 15%;">Salud</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: left;">Esposa</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">Padres</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">Hermanos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">Hijos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">Amigos</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">Instituciones</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: left;">Otros</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 30%;"></td><td>No tiene soporte</td></tr> <tr><td></td><td>No tiene dificultades</td></tr> </table>		Material	Económico	Emocional	Salud	Esposa					Padres					Hermanos					Hijos					Amigos					Instituciones					Otros						No tiene soporte		No tiene dificultades	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%;"></td><td>Essalud</td></tr> <tr><td></td><td>Seguro Privado de Salud</td></tr> <tr><td></td><td>Seguro PNP</td></tr> <tr><td></td><td>Seguro Marina / FAP</td></tr> <tr><td></td><td>Seguro Integral de Salud - SIS</td></tr> <tr><td></td><td>Otros</td></tr> </table> <p>Especifique:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 30%;"></td><td>Posta médica</td></tr> <tr><td></td><td>Hospital nacional</td></tr> <tr><td></td><td>Médico particular</td></tr> <tr><td></td><td>Medicina natural</td></tr> <tr><td></td><td>Ninguno</td></tr> <tr><td></td><td>Otros</td></tr> </table> <p>Especifique:</p>		Essalud		Seguro Privado de Salud		Seguro PNP		Seguro Marina / FAP		Seguro Integral de Salud - SIS		Otros		Posta médica		Hospital nacional		Médico particular		Medicina natural		Ninguno		Otros
<input type="checkbox"/>	Violencia terrorista (PIR)																																																																																											
<input type="checkbox"/>	Violencia familiar																																																																																											
<input type="checkbox"/>	Adicciones (alcohol/drogas)																																																																																											
<input type="checkbox"/>	Orfandad (certificado defunción)																																																																																											
<input type="checkbox"/>	Abuso sexual																																																																																											
<input type="checkbox"/>	Abandono																																																																																											
<input type="checkbox"/>	Separación / Divorcio																																																																																											
<input type="checkbox"/>	Problemas con la justicia																																																																																											
<input type="checkbox"/>	Embarazo no deseado																																																																																											
<input type="checkbox"/>	No presenta preocupación																																																																																											
<input type="checkbox"/>	Otros																																																																																											
	Material	Económico	Emocional	Salud																																																																																								
Esposa																																																																																												
Padres																																																																																												
Hermanos																																																																																												
Hijos																																																																																												
Amigos																																																																																												
Instituciones																																																																																												
Otros																																																																																												
	No tiene soporte																																																																																											
	No tiene dificultades																																																																																											
	Essalud																																																																																											
	Seguro Privado de Salud																																																																																											
	Seguro PNP																																																																																											
	Seguro Marina / FAP																																																																																											
	Seguro Integral de Salud - SIS																																																																																											
	Otros																																																																																											
	Posta médica																																																																																											
	Hospital nacional																																																																																											
	Médico particular																																																																																											
	Medicina natural																																																																																											
	Ninguno																																																																																											
	Otros																																																																																											

7.4. ¿En los últimos 30 días Ud. o algún miembro del hogar presenta algún síntoma o enfermedad? (Especifique en el recuadro)

Enfermedades / Miembros	Esposa	Padres	Madre	Hermano	Hijo	Becario
Infecciosas						
Congénitas						
Neo-formativas (cáncer)						
Metabólicas (diabetes)						
Alergias (asma)						
Convulsiones (epilepsia)						
Discapacidad						

	Otros / especifique
	No presenta síntomas ni enfermedad

.....
 FIRMA DE SOLICITANTE O APODERADO

Nota: Si el postulante, esposa, hijos, padres y/o hermanos presentan algún problema clasificado dentro de Riesgos Sociales; debe adjuntar las resoluciones o documentos emitidos por las entidades competentes.