

# **FE DE ERRATAS**

SE COMUNICASE A LOS POSTULANTES PROCESO DE SELECCIÓN DE PERSONAL POR REEMPLAZO DE TREINTA Y DOS (32) PLAZAS VACANTES, BAJO EL RÉGIMEN LABORAL DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 276 "CONVOCATORIA N° 10-2025- DIRESA-OGESS-BM/DG:", QUE POR ERROR INVOLUNTARIO, EN LA COLUMNA DE (GRADOS SITUACION ACADEMICA Y CARRERA/ ESPECIALIDAD REQUERIDOS, **SE MODIFICO DE TECNICO EN LABORATORIO A TECNICO EN ENFERMERIA**, SEGÚN DETALLE : .

**DICE :**

| <b>CODIGO DE PUESTO</b>    | <b>AIRSH</b>  | <b>GRADO(S) SITUACIÓN ACADEMICA Y CARRERA/ ESPECIALIDAD REQUERIDOS</b> |
|----------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>21 - 2025</b>           | <b>000577</b> | <b>TECNICO EN LABORATORIO</b>                                          |
| <b><u>DEBE DECIR</u> :</b> |               |                                                                        |
| <b>CODIGO DE PUESTO</b>    | <b>AIRSH</b>  | <b>GRADO(S) SITUACIÓN ACADEMICA Y CARRERA/ ESPECIALIDAD REQUERIDOS</b> |
| <b>21 - 2025</b>           | <b>000577</b> | <b>TECNICO EN ENFERMERIA</b>                                           |

Tarapoto, 22 de Setiembre del 2025.

**LA COMISIÓN**





## PERFIL DEL PUESTO "TECNICO ASISTENCIAL"

CÓDIGO DEL PUESTO: 21-2025

Formato de perfil de cargos estructurales y/o puestos bajo régimen del  
Decreto Legislativo N° 276, N° 728, N° 1057 y/o Carreras Especiales



### SECCIÓN: IDENTIFICACIÓN

Órgano: OGESS BAJO MAYO  
Unidad Orgánica: C.S. I-3 SAN ANTONIO DE CUMBAZA  
Nombre del cargo: **TECNICO ASISTENCIAL**  
Clasificación: SP-AP  
Nombre del Puesto: **NO APLICA**  
Dependencia jerárquica: JEFE DEL C.S. I-3 SAN ANTONIO DE CUMBAZA

### SECCIÓN: FUNCIONES

#### MISIÓN DEL PUESTO

Contribuir al cuidado integral de la persona, familia y comunidad mediante la ejecución de actividades de apoyo técnico-asistencial, bajo la supervisión del profesional de la salud, garantizando la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, de acuerdo con el Modelo de Cuidado Integral de Salud, la cartera de servicios y la situación epidemiológica del ámbito de atención.

#### FUNCIONES DEL PUESTO

- 01 Asistir al profesional de la salud en la atención de la persona en situación estable, de urgencia o emergencia, siguiendo protocolos y normativas vigentes.
- 02 Colaborar en las prestaciones orientadas al seguimiento clínico, recuperación y rehabilitación de usuarios con secuelas de enfermedad o lesión, bajo indicación del profesional responsable.
- 03 Participar en actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades dirigidas a la persona, familia y comunidad, fomentando prácticas saludables, de acuerdo con el escenario epidemiológico local.
- 04 Apoyar en intervenciones preventivas y de control de factores de riesgo, priorizando grupos vulnerables, conforme a las estrategias de salud pública institucionales.
- 05 Trasladar pacientes para procedimientos, interconsultas o exámenes de apoyo al diagnóstico y tratamiento, garantizando la aplicación de medidas de seguridad y bioseguridad.
- 06 Efectuar la limpieza, desinfección y mantenimiento básico del material, instrumental y equipos utilizados en la atención, bajo supervisión del profesional de la salud.
- 07 Realizar la desinfección terminal y concurrente de ambientes y unidades de atención, cumpliendo las medidas de bioseguridad establecidas.
- 08 Preparar el ambiente, materiales, insumos y equipos necesarios para la atención de la persona, asegurando su disponibilidad, orden y condiciones óptimas de uso.
- 09 Atender en urgencias y emergencias, aplicando protocolos establecidos y bajo supervisión del profesional de salud.
- 10 Otras funciones asignadas por la jefatura inmediata, relacionadas a la misión del puesto.

#### CONDICIONES ATÍPICAS PARA EL DESEMPEÑO DEL PUESTO

No Aplica

Periodicidad de la Aplicación temporal (marcar con un X, luego explicar o sustentar) Temporal ☐ Permanente ☐

No Aplica

### SECCIÓN: REQUISITOS

#### FORMACIÓN ACADÉMICA (sustentados con documentos)

| A) Nivel Educativo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B) Grado(s)/situación académica y carrera/especialidad requeridos | C) ¿Colegiatura?                                         |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------|--|--|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------|----------------------------------------|
| <table><thead><tr><th></th><th>Incompleta</th><th>Completa</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Primaria</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Secundaria</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Universitaria</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>  |                                                                   | Incompleta                                               | Completa | <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Secundaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Universitaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Egresado(a)</td><td><input type="checkbox"/> Bachiller</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura</td></tr><tr><td colspan="3"><div>TECNICO EN ENFERMERIA</div></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Maestría</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr><tr><td colspan="3">NO APLICA</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Doctorado</td><td><input type="checkbox"/> Egresado</td><td><input type="checkbox"/> Grado</td></tr><tr><td colspan="3">NO APLICA</td></tr></tbody></table> | <input type="checkbox"/> Egresado(a) | <input type="checkbox"/> Bachiller | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura | <div>TECNICO EN ENFERMERIA</div> |  |  | <input type="checkbox"/> Maestría | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | NO APLICA |  |  | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Egresado | <input type="checkbox"/> Grado | NO APLICA |  |  | <table><tbody><tr><td>Sí <input type="checkbox"/></td><td>No <input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="2">D) ¿Habilitación profesional vigente?</td></tr><tr><td>Sí <input type="checkbox"/></td><td>No <input checked="" type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> | D) ¿Habilitación profesional vigente? |  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Incompleta                                                        | Completa                                                 |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Primaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                          | <input type="checkbox"/>                                 |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Secundaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                          | <input type="checkbox"/>                                 |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Técnica Básica (1 ó 2 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                                          | <input type="checkbox"/>                                 |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Técnica Superior (3 ó 4 años)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                      |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Universitaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                                          | <input type="checkbox"/>                                 |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Egresado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Bachiller                                | <input checked="" type="checkbox"/> Título/ Licenciatura |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| <div>TECNICO EN ENFERMERIA</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |                                                          |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Maestría                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Egresado                                 | <input type="checkbox"/> Grado                           |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                          |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| <input type="checkbox"/> Doctorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Egresado                                 | <input type="checkbox"/> Grado                           |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                          |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input checked="" type="checkbox"/>                            |                                                          |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| D) ¿Habilitación profesional vigente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                          |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |
| Sí <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | No <input checked="" type="checkbox"/>                            |                                                          |          |                                   |                          |                          |                                     |                          |                          |                                                      |                          |                          |                                                                   |                          |                                     |                                        |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                      |                                    |                                                          |                                  |  |  |                                   |                                   |                                |           |  |  |                                    |                                   |                                |           |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                             |                                        |                                       |  |                             |                                        |

**CONOCIMIENTOS****A) Conocimientos técnicos principales requeridos para el puesto (No se requiere sustentar con documentos):**

- 01) Conocimientos en procedimientos de atención básica de enfermería
- 02) Conocimiento en administración de medicamentos y terapias
- 03) Conocimientos en bioseguridad y control de infecciones
- 04) Conocimientos en primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar (RCP)
- 05) Conocimientos en manejo de equipos biomédicos básicos

**B) Programas de especialización requeridos y sustentados con documentos:**

**Cursos y/o Programas de Especialización en:** Cuidados Básicos de Enfermería y/o Atención de Enfermería en Geriatría y/o y/o Emergencias y Primeros Auxilios y/o afines al puesto; como mínima 60 horas acumulables.

**C) Conocimientos de Ofimática e Idiomas/Dialectos (No se requiere sustentar con documentos):**

| OFIMÁTICA                  | Nivel de dominio |        |            |          | IDIOMAS / DIALECTO  | Nivel de dominio |        |            |          |
|----------------------------|------------------|--------|------------|----------|---------------------|------------------|--------|------------|----------|
|                            | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |                     | No aplica        | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Procesador de textos       |                  | X      |            |          | Inglés              |                  | X      |            |          |
| Hojas de cálculo           |                  | X      |            |          | Quechua             | X                |        |            |          |
| Programa de presentaciones |                  | X      |            |          | Otros (Especificar) |                  |        |            |          |
| Otros (Especificar)        |                  |        |            |          | Otros (Especificar) |                  |        |            |          |
| Otros (Especificar)        |                  |        |            |          | Observaciones:      |                  |        |            |          |
| Otros (Especificar)        |                  |        |            |          |                     |                  |        |            |          |

**EXPERIENCIA****Experiencia laboral general**

Indique el tiempo total de experiencia laboral, ya sea en el sector **público o privado**.

**Tres (03) años**

**Experiencia laboral específica**

A. Indique el tiempo de experiencia específica requerida **en la función o la materia**:

**Dos (02) años**

B. Indique el tiempo de experiencia específica requerida **en el puesto o cargo** (precisando este):

**No Aplica**

C. Indique el tiempo de experiencia específica requerida **en el sector público**:

**Dos (02) años**

**Otros aspectos complementarios sobre el requisito de experiencia, en caso existiera algo adicional para el cargo estructural y/o puesto.**

**No Aplica**

**HABILIDADES O COMPETENCIAS**

- ▶ TRABAJO EN EQUIPO
- ▶ COMPORTAMIENTO ÉTICO
- ▶ ORIENTACIÓN DE SERVICIO AL CIUDADANO
- ▶ COMUNICACIÓN ASERTIVA

**REQUISITOS ADICIONALES (sustentados con documento)**

✓ RESOLUCIÓN, CONSTANCIA DE REGISTRO U OFICIO EMITIDO POR MINEDU, EN ADJUNTO AL TÍTULO TÉCNICO

