

ACTA DE REVISION Y ANALISIS DE ANTECEDENTES Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE POSTULANTESINSTANCIA EXTERNA CONCURSO TEC.EN ENFERMERÍA PARA HOSPITAL CHOS MALAL

En la Ciudad de Chos Malal , a los días 29 días del mes de julio del año 2024 siendo las 10:00 Hs., se reúnen en el aula de Capacitaciones, el Comité Evaluador para la selección Externa anunciada precedentemente, para dar cobertura al puesto Tec.en Enfermería. Habiendo sido autorizado por Decreto N°2065/2023., cuyo llamado a concurso fue autorizado por Resolución N° 1499/24

Se hacen presentes las/los integrantes del Comité Evaluador:

- Antonio Temi (Coordinador Zonal de Inmunizaciones )
- Carina Sandoval (Jefa de enfermería Hospital Chos Malal)
- Malvina Pino (Tec.RR.HH Hospital Chos Malal)
- Daniel Rojas (Representando A.T.E)
- Mayra Olate (Representando A.T.E)

Nombre y Apellido	DNI	Condición (Habilitada/o - Inhabilitada/o - Condicional)	Observación: en caso de quedar condicional o Inhabilitada/o, detallar motivo
Leslie Dalila Guillermína Vergara	39.882.327	Habilitada	
Camila Natalia Hernández	37.943.477	Inhabilitada	Sin domicilio en la localidad, ni matrícula
Yésica Malén Hernández	36.669.324	Habilitada	
Ayelén Celeste Salinas	38.076.158	Habilitada	
Margarita Del Carmen Vázquez	39.129.174	Inhabilitada	Sin domicilio en la localidad
Mauricio Michel Campos	38.491.925	Inhabilitado	Falta título y matrícula
Dana Antonela Vergara Forquera	41.794.156	Inhabilitada	Sin domicilio en la localidad, ni matrícula
Débora Natali de la Vega	37.173.068	Inhabilitada	No corresponde a esta etapa. (fue postulante epata interna eventual)
Gisela Ayelén de la Vega	36.320.494	Habilitada Condicional	Deudor Alimentario Vencido

Condición de las/los postulantes:

- **Habilitada/o:** Presentó toda la documentación y está en condiciones de pasar a la siguiente instancia del concurso.



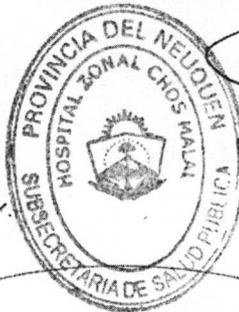
- **Habilitada/o Condicional:** cumple los requisitos de inscripción sin embargo falta presentar alguna documentación o falta la firma en alguno de los formularios requeridos. El mismo debe ser subsanado dentro de las 48 hs hábiles de realizada esta revisión y como condición para estar habilitado en la siguiente instancia del proceso.
- **Inhabilitada/o:** incumple con los requisitos que validen esa instancia.

Firman de conformidad al pie siendo las 11:11 hs. del día 29 del mes de julio del año 2024 y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Firmas

*[Handwritten signature]*  
A.T.E.

*[Handwritten signature]*  
A.T.E.



*[Handwritten signature]*  
Pino Malvina R.  
Tec. Superior en RR.HH.  
Hospital Chos Malini

*[Handwritten signature]*  
Sandoval Leticia Carmela  
Lic. Enfermería  
M.P. 641  
Jefe de Enfermería

*[Handwritten signature]*  
Enf. Antonio Temi  
Coordinador de Inmunizaciones  
Zona Sanitaria II