

ACTA DE REVISION Y ANALISIS DE ANTECEDENTES Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE POSTULANTES PARA CONVOCATORIA EVENTUAL:**CONCURSO DE ENFERMERO/A LIC. EN EFERMERIA PARA HOSPITAL EL CHOCON.**

En la localidad de Villa El CHOCON a los días 05 del mes de Agosto del año 2024 siendo las 09:00 hs, se reúnen en las instalaciones de Hospital, el Comité Evaluador para la selección eventual anunciada precedentemente, para dar cobertura al puesto eventual de Enfermero/a – Lic. Enfermería en Hospital El Chocón.

Se hacen presentes las/los integrantes del Comité Evaluador:

.**ACOSTA Mayra. Personal y RRHH. Hospital El Chocon.**

.**SOTO Sandra. Personal y RRHH. Hospital El Chocon.**

.**CARRILLO Patricia Representante Gremio ATE.**

.**LEAL Mayra. Representante Gremio ATE**

Nombre y Apellido	DNI	Condición (Habilitada/o - Inhabilitada/o - Condicional)	Observación: en caso de quedar condicional o Inhabilitada/o, detallar motivo
Antonia B. Linares	33.926.428	Habilitada	
Micaela López	41.124.077	Habilitada	
Cecilia Obreque	40.613.901	Inhabilitada	Domicilio excluyente
Romina Campos	30.725.561	Inhabilitada	Domicilio excluyente
Eliana Vega	42.165.683	Condicional	Presentar nota inscripción dentro de las 48 hs.
Telma Silva	30.337.709	Inhabilitada	Domicilio excluyente
Romina M. Gómez	40.606.593	Inhabilitada	Domicilio excluyente
González Miriam	31.280.027	Inhabilitada	Domicilio excluyente
Alejandra Meza	36.468.498	Inhabilitada	Domicilio excluyente
Mónica Andrioli	25.505.838	Inhabilitada	Domicilio excluyente
Belén Rojas	40.474.775	Inhabilitada	Domicilio excluyente
José Escudero	31.595.875	Inhabilitada	Domicilio excluyente
Nora Médeles	-----	Inhabilitada	Documentación incompleta
Jessica Albrecht	37.221.784	Habilitada	
Ailen Badilla	37.946.766	Inhabilitada	Domicilio excluyente

Condición de las/los postulantes:

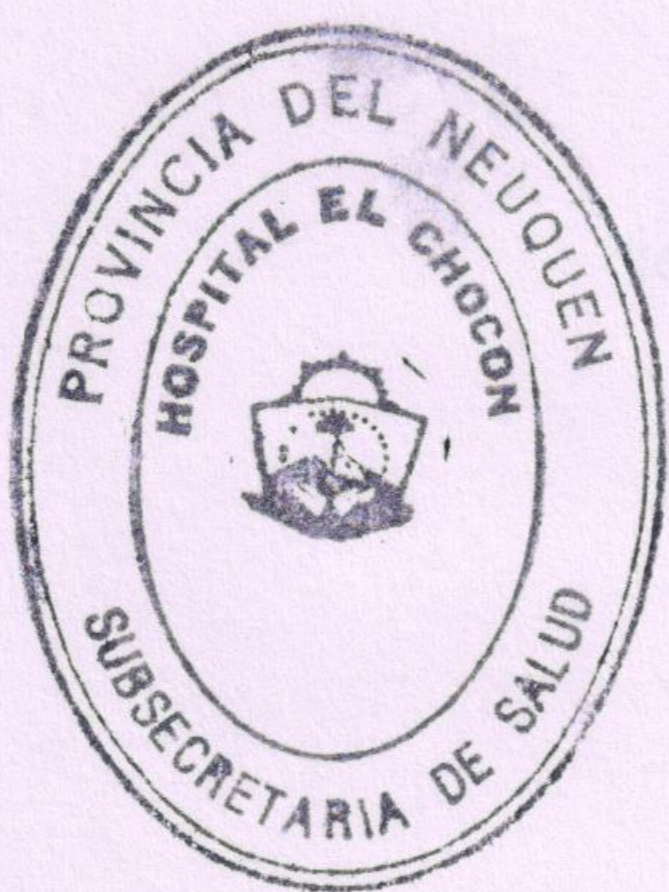
Habilitada/o: Presentó toda la documentación y está en condiciones de pasar a la siguiente instancia del concurso.

Condiciona: Solo si falta uno (1) de los requerimientos (documentación excluyente). El mismo debe ser subsanado 48 hs. antes de las entrevistas, enviándolo vía mail.

Inhabilitada/o: incumple con los requisitos que validen esa instancia.

Firman de conformidad al pie, siendo las 10:30 hs del día 05 del mes de Agosto del año 2024, y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Firmas



[Handwritten signature]
MAYRA ACOSTA
PERSONAL

[Handwritten signature]
SOTO SANDRA
Administrativa
HOSPITAL EL CHOCON

[Handwritten signature]
Leandro...
Delegado Ate.

[Handwritten signature]
C...
C... Ate