

**ACTA DE REVISIÓN Y ANÁLISIS DE ANTECEDENTES Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE POSTULANTES PARA CONVOCATORIA EVENTUAL RAITE: CONCURSO DE ENFERMERA/O Y LICENCIADA/O EN ENFERMERÍA PARA HOSPITAL EL CHOLAR.**

En la Ciudad de El Cholar a los días 12 días del mes de Agosto del año 2024 siendo las 09:00 hs, se reúnen en El Hospital de área El Cholar, el Comité Evaluador para la selección eventual anunciada precedentemente, para dar cobertura al puesto de Enfermera/o y Licenciada/o en Enfermería en Hospital El Cholar.

Se hacen presentes las/los integrantes del Comité Evaluador:

- Salas Endrina, Directora a cargo Hospital El Cholar
- Pons Alex, Recursos Humanos Hospital El Cholar
- Antonio Temí, Representantes Zonales
- Muñoz viviana, Representante de ATE
- Berdun Eliana, Representante de ATE

Nombre y Apellido	DNI	Condición (Habilitada/o - Inhabilitada/o - Condicional)	Observación: en caso de quedar condicional o Inhabilitada/o, detallar motivo
Gustavo silguero	36.991.395	Condicional	Presentar DNI con domicilio comprobable en la provincia del Neuquén
Ailen Badilla	37.946.776	Condicional	Presentar DNI
Aníbal Oscar Guerrero	22.782.507	Condicional	Presentar currículum Vitae
Adriana Berbergi	26.113.786	Condicional	Presentar Currículum vitae
Telma Noemi Silva	30.337.709	Inhabilitada	Falta DNI, Matricula y artículo 19°
Romina Marilú Gómez	40.606.593	Inhabilitada	Falta matricula, deudor alimentario y artículo 19°
Natalia Agurto	37.936.442	Inhabilitada	No presento ninguna documentación
Enzo Ariel Toledo	39.750.958	Habilitado	
Nora Noemi Gutiérrez	26.040.458	Inhabilitada	No cuenta con Matricula ni Domicilio en la provincia del Neuquén
Dalma Álvarez	44.462.928	Habilitada	
Gabriela soledad Hermosilla	30.347.422	Habilitada	
Ayelén Angelica castillo	43.131.652	Habilitada	

Condición de las/los postulantes:

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

**Condicional:** Solo si falta uno (1) de los requerimientos (documentación excluyente). El mismo debe ser subsanado antes de las entrevistas.

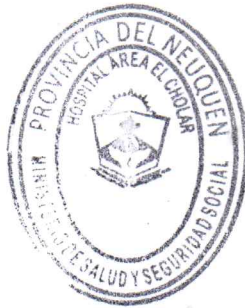
**Inhabilitada/o:** incumple con los requisitos que validen esa instancia.

Firman de conformidad al pie, siendo las 11:00 hs del día 12 del mes de Agosto del año 2024, y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Firmas

*Salas M. Endrina*  
Jefa de enfermería  
MP 4849 AC Dirección

*[Signature]*  
**Pons Alex**  
Aux. Administrativo  
Hospital El Cholar



*[Signature]*  
**Ent. Antonio Temi**  
Coordinador de Inscripciones  
Zona San Martín III

*[Signature]*  
Eliana Berdún  
DNI 28205054  
ATE

*[Signature]*  
Romero J. J. J. J.  
30.857.421  
ATE