

**ACTA DE REVISION Y ANALISIS DE ANTECEDENTES Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE POSTULANTES****INSTANCIA INTERNO SPPS PLANTA****CONCURSO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO PARA HOSPITAL LONCOPUÉ**

En la Ciudad de Loncopué , a los días 29 del mes de octubre del año 2024 siendo las 10:00 Hs., se reúnen en Hospital Loncopué, el Comité Evaluador para la selección **instancia: interno SPPS Planta** anunciada precedentemente, para dar cobertura al puesto Auxiliar Administrativo. Habiendo sido autorizado por Decreto N° 2019/2023, cuyo llamado a concurso fue autorizado por Resolución RESOL-2024-2330-E-NEU-MS.

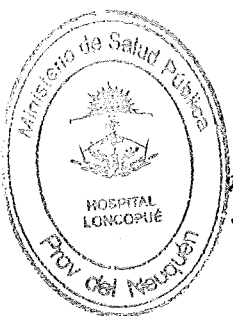
Se hacen presentes las/los integrantes del Comité Evaluador:

- **CASTRO LORENA CRISTINA – DIRECTORA**
- **JEREZ OCTAVIO – ADMINISTRADOR**
- **RUIZ NELSON GABRIEL – ADMINISTRATIVO**
- **ALONSO VANESA SOLEDAD – REPRESENTANTE DEL GREMIO ATE**
- **ZAPATA LAZCANO MARIANA CELESTE – REPRESENTANTE DEL GREMIO ATE**

| Nombre y Apellido                 | DNI      | Condición<br>(Habilitada/o -<br>Inhabilitada/o -<br>Condicional) | Observación: en caso de<br>quedar condicional o<br>Inhabilitada/o, detallar<br>motivo |
|-----------------------------------|----------|--|---|
| BARRERA NOELIA MARIA<br>DEL VALLE | 29156247 | Habilitada   |   |
| ESPINOZA ZULMA MABEL              | 32568421 | Habilitada   |   |
| LEGUIZAMON ALBERTO<br>HORACIO     | 37966287 | Habilitado   |   |
| MENDEZ ANDREA VIVIANA             | 28786939 | Habilitada   |   |

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.



*Delegada Salud  
Seccional ATE  
Loncopué.*

*Delegado Salud  
Seccional ATE  
Loncopué.*

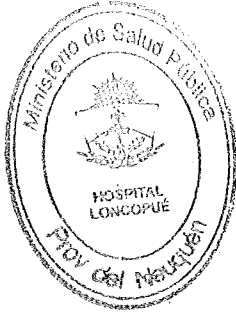
*RUIZ NELSON G.  
Aux. Administrativo  
Hospital Loncopué*

*OCTAVIO JEREZ  
Esa. Sup. Adm. Pública  
Administrador  
Hospital Loncopué*

*Lorena C. Castro  
Lic. en Enfermería MP 983  
DIRECTORA  
Hospital Loncopué*

Firman de conformidad al pie, siendo las 11:00 hs. del día 29 del mes de octubre del año 2024,  
y no habiendo más que tratar, se cierra el presente.

Firmas



*[Signature]*  
**OCTAVIO JEREZ**  
Tca. Sup. de Salud Pública  
Administrador  
Hospital Loncopué

*[Signature]*  
**Delegado Salud**  
**Seccional ATE**  
**Loncopué.**

*[Signature]*  
**ELIZ WELSON G.**  
TCA ADMINISTRATIVO  
HOSPITAL LONCOPUÉ

*[Signature]*  
**Lorena C. Castro**  
Lic. en Enfermería MP 293  
DIRECTORA  
Hospital Loncopué

*[Signature]*  
**Delegado Salud**  
**Seccional ATE**  
**Loncopué.**